

## 5. Kapitel

# Verhaltenstherapeutische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung und eines gleichzeitig bestehenden Substanzmißbrauchs

Francis R. Abueg  
John A Fairbank

Wie den vorangegangenen Kapiteln zu entnehmen war, haben die letzten zehn Jahre einen beträchtlichen Erkenntnisfortschritt auf dem Gebiet der Phänomenologie, Prävalenz, Ätiologie und Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erbracht. Die Forschungsergebnisse und klinischen Beobachtungen, die in diesen Kapiteln diskutiert wurden, haben wiederholt gezeigt, daß es sich bei der PTBS um eine komplexe, multifaktoriell bedingte und auf unterschiedliche Weise zum Ausdruck kommende Störung handelt.

Auch setzt sich langsam die Erkenntnis durch, daß die PTBS häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen und psychosozialen Problemen auftritt. So fanden sich bei PTBS-Patienten häufig auch Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit (Keane & Wolfe, 1990; Kulka, Schlenger, Fairbank, Houth, Jordan, Marmar & Weiss, 1990), affektive Störungen wie Major Depression (Green, Lindy, Grace & Gleser, 1989), Angststörungen wie die Generalisierte Angststörung (Kulka et al., 1990) und die Panikstörung (Green et al., 1989), Somatisierungsstörungen (Toland & Goetz, 1988) und Achse-II-Störungen wie die Antisoziale Persönlichkeitsstörung (Kulka et al., 1990; Sierles, Chen, Messing, Besyner & Taylor, 1986).

Es überrascht nicht, daß einigen Berichten zufolge (Boudewyns, 1989; Scurfield, 1991) die Kombination von PTBS und Substanzmißbrauch oder anderen schweren psychischen Problemen häufig große Schwierigkeiten für die Behandlung aufwirft. Die Entwicklung ökologisch valider Behandlungsansätze für mehrfach gestörte PTBS-Patienten stellt eine große Herausforderung für Therapeuten dar, die mit traumatisierten Patienten arbeiten. Leider liegen nur wenige Informationen vor, auf die sich Kliniker bei

der Entwicklung wirksamer Interventionen für mehrfach gestörte PTBS-Patienten stützen könnten. Mit diesem Kapitel soll der Versuch unternommen werden, einige heuristische Leitlinien für die Behandlung der PTBS in solchen Fällen, in denen sie mit Substanzmißbrauch kombiniert auftritt, aufzustellen.

Das vorliegende Kapitel beginnt mit einem Überblick über neuere Forschungsergebnisse, die ein Schlaglicht auf den aktuellen Wissensstand zum Zusammenhang zwischen PTBS und Substanzmißbrauch werfen. Im Anschluß daran werden wir unser Konzept vorstellen, demzufolge es der Entwicklung und Verbesserung umfassender Interventionen für Patienten mit PTBS und Substanzmißbrauch bedarf.

Ein Hauptschwerpunkt des Kapitels wird auf der detaillierten Beschreibung eines spezifischen Modells zur Behandlung von PTBS und Substanzmißbrauch liegen, das den aktuellen Wissensstand auf diesem komplexen Gebiet berücksichtigt. Die hier dargestellte Behandlungsstrategie besteht aus fünf aufeinanderfolgenden Phasen oder Stadien: (a) Vorentscheidungsphase; (b) Entscheidungsphase; (c) Handlungsphase 1: Erwerb und Übung; (d) Handlungsphase 2: Generalisierung und Aufrechterhaltung; und (e) Rückfallphase. Es werden jeweils die Grundgedanken und empirischen Belege für die Wirksamkeit der einzelnen Stadien des Interventionsmodells kurz beschrieben. Detaillierte Informationen zu spezifischen Behandlungskomponenten, die es in jedem Stadium der Behandlung zu berücksichtigen gilt, sind in weiteren separaten Abschnitten enthalten. Am Ende des Kapitels wird die Notwendigkeit von Forschungsarbeiten erörtert, die den Prozeß der Behandlung von Patienten mit PTBS und Substanzmißbrauch beschreiben, sowie von Studien, die die Wirksamkeit solcher Interventionen untersuchen.

### Prävalenz der Komorbidität von PTBS und Substanzabhängigkeit

Es liegen mittlerweile überzeugende Belege dafür vor, daß viele PTBS-Betroffene auch Alkohol oder Drogen mißbrauchen oder von ihnen abhängig sind (Davidson, Kudler, Saunders & Smith, 1990; Friedman, 1990; Green, Lindy, Grace & Gleser, 1989; Keane, Gerardi, Lyons & Wolfe, 1988; Keane & Wolfe, 1990; Kilpatrick, 1990; Kulka et al., 1990; McFarland, 1985; Sierles, Chen, McFarland & Taylor, 1983; Sierles, Chen, Messing, Besyner & Taylor, 1986). So erfüllten beispielsweise von den 1600 Vietnamveteranen, die die repräsentative Stichprobe der Studie

zur Reintegration von Vietnamveteranen (*National Vietnam Veterans Readjustment Study [NVVRS]*) bildeten, fast ein Viertel der Männer, die an einer akuten PTBS litten, auch die DSM-III-R-Kriterien für Alkoholabhängigkeit oder -mißbrauch (Kulka et al., 1990). Im Vergleich dazu erfüllten von den Vietnamveteranen ohne PTBS nur 10 Prozent die Kriterien für Alkoholabhängigkeit oder -mißbrauch. Damit wurde bei Vietnamveteranen mit einer PTBS-Diagnose mehr als doppelt so häufig auch ein Alkoholmißbrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol diagnostiziert wie bei ihren Gegenparts ohne PTBS. Von den weiblichen Vietnamveteraninnen mit PTBS erfüllten etwa 10 Prozent die Kriterien für Alkoholabhängigkeit oder -mißbrauch, während von den Veteraninnen ohne PTBS weniger als zwei Prozent diese Kriterien erfüllten. Bei Vietnamveteraninnen geht somit eine akute PTBS mit einer fünffach erhöhten Häufigkeit einer Alkoholproblematik einher.

In bezug auf Drogenabhängigkeit oder -mißbrauch bei PTBS-Betroffenen sind einige Erkenntnisse aus der NVVRS von Bedeutung. Bei den Männern hatten mehr als einer von 20 Veteranen mit PTBS ein ernstes Drogenproblem (Abhängigkeit oder Mißbrauch). Im Vergleich dazu wurde nur bei einem von 100 männlichen Vietnamveteranen ohne PTBS Drogenabhängigkeit oder -mißbrauch diagnostiziert.

Erwartungsgemäß waren die Zahlen der Lebenszeitdiagnosen eines Alkohol- und Drogenmißbrauchs bei Personen mit einer akuten PTBS noch höher. In der NVVRS erfüllten fast drei Viertel der Männer mit einer akuten PTBS die Kriterien für eine Lebenszeitdiagnose eines Alkoholmißbrauchs oder einer Alkoholabhängigkeit («Lebenszeitdiagnose» wurde operational definiert als irgendwann einmal im Verlauf seines Lebens die Kriterien für Substanzmißbrauch oder -abhängigkeit erfüllt zu haben). Von den Frauen mit akuter PTBS hatten fast 3 von 10 irgendwann einmal die Kriterien für einen Alkoholmißbrauch erfüllt. Die Kriterien für die Lebenszeitdiagnose einer PTBS und eines gleichzeitig bestehenden Drogenproblems (Mißbrauch oder Abhängigkeit) erfüllten etwa 10 Prozent der Männer und Frauen. Verglichen mit den Vietnamveteranen ohne PTBS lagen die Zahlen für die Lebenszeitdiagnosen eines Alkohol- oder Drogenproblems bei den Veteranen mit PTBS signifikant höher.

Nicht nur kriegsbedingte PTBS, sondern auch PTBS in der Folge anderer extrem belastender Ereignisse geht häufig mit Substanzmißbrauch einher. Beispielsweise fanden sich bei den 2009 Frauen, die an einer landesweiten epidemiologischen Studie zu den psychischen Folgen von Gewaltverbrechen teilnahmen, bei den Opfern mit PTBS ein erhöhtes Risiko einer gleichzeitig bestehenden Substanzmißbrauchsproblematik (Kil-

patrick, 1990). Genauer hatten Verbrechenopfer mit PTBS im Vergleich zu Opfern ohne PTBS ein 3,2fach erhöhtes Risiko, auch schwerwiegende Alkoholprobleme zu haben, und ein 3,4fach erhöhtes Risiko einer ernsthaften Drogenproblematik.

In behandlungssuchenden Populationen ist die Prävalenz der Doppeldiagnose PTBS und Substanzmißbrauch im allgemeinen höher als in den Stichproben, die repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung sind (Davidson et al., 1990; Keane & Wolfe, 1990; McFarland, 1985; Sierles et al., 1986). So berichteten Keane und Wolfe (1990) beispielsweise, daß von 50 Patienten, die in einer PTBS-Veteranenambulanz um eine Therapie ersuchten, 84 Prozent mindestens ein Suchtmittelproblem hatten: 70 Prozent erfüllten die Kriterien für Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit und 42 Prozent die Kriterien für Drogenmißbrauch oder -abhängigkeit.

## Die Behandlung substanzmißbrauchender PTBS-Patienten

Eine der Hauptschwierigkeiten bei der Behandlung von substanzmißbrauchenden PTBS-Patienten besteht in der Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes, der genau auf die Probleme abgestimmt ist, die mit dieser komplexen Störungskombination verbunden sind. Zumindest drei verschiedene allgemeine Behandlungsziele sollten in der Regel in der Therapie von Substanzmißbrauchern mit PTBS berücksichtigt werden. Ein Behandlungsziel liegt in der Verringerung von positiven PTBS-Symptomen wie Ängstlichkeit, Erregungszuständen, aufdringlichen Erinnerungen an traumatische Ereignisse, Ärger und Aggressionen. Ein zweites Ziel sollte es sein, die Häufigkeit von Annäherungsverhalten zu steigern, um damit den negativen Symptome (z. B. sozialer Rückzug und Verflachung der emotionalen Ansprechbarkeit) entgegenzuwirken, die sowohl mit PTBS als auch mit Substanzmißbrauch einhergehen. Ein drittes allgemeines Ziel ist es, die Frequenz von Suchtverhalten zu verringern. Die Aufgabe, Interventionen einzusetzen, mit denen alle drei Ziele gleichzeitig oder nacheinander angegangen werden, stellt ohne Frage eine große Herausforderung für jeden Behandler dar.

Die Behandlung von Substanzmißbrauchern mit PTBS wirft auch aus den folgenden Gründen besondere Schwierigkeiten auf: (a) viele Patienten mit dieser Doppeldiagnose betreiben auch während der Behandlung weiterhin Alkohol- oder Drogenmißbrauch; (b) Störungskombinationen mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit gehen oft mit mangelnder Behandlungskompliance einher; und (c) viele Therapeuten berichten davon, daß sich

bei ihnen angesichts der chronischen und schwierigen Probleme von substanzmißbrauchenden PTBS-Patienten das Gefühl einstellt, an ihre Grenzen zu stoßen (vgl. Lyons & McGovern, 1989).

### Theoretisches Modell als Grundlage für die Behandlung substanzmißbrauchender PTBS-Patienten

Dieser Abschnitt ist der Darstellung eines integrativen theoretischen Modells der Interaktion von PTBS und Substanzmißbrauch und -abhängigkeit gewidmet, wobei der Schwerpunkt auf der Sucht mit der höchsten Prävalenz, dem Alkoholismus, liegt. Das Modell verfolgt drei Zwecke: (a) die Erklärung der komplexen Zusammenhänge von Alkohol und Angst (und PTBS), und zwar sowohl im Hinblick auf die Ätiologie als auch die Aufrechterhaltung der Störungen; (b) die Schaffung einer logischen Grundlage für die Entwicklung klinischer Interventionen; und (c) die Generierung überprüfbarer Hypothesen für klinische und Feldstudien zur PTBS-Komorbidität. Wir hoffen, mit einer Durchsicht der relevanten Arbeiten die Grundlagen für einen neuen multidimensionalen lerntheoretischen Ansatz zu schaffen. Zwar wurde dieses Modell weitgehend unter Rückgriff auf Arbeiten zur kriegsbedingten PTBS konzipiert, es sollte im allgemeinen jedoch als Heuristik auch für die Behandlung von Patienten brauchbar sein, die in der Folge anderer extremer Erlebnisse eine PTBS entwickelt haben.

### Gründe für die Entwicklung des Modells

Verschiedene praktische, theoretische und eher spekulative therapeutische Erwägungen unterstreichen die Notwendigkeit eines integrativen Modells für ein besseres Verständnis von Traumata und Suchtproblemen. Die PTBS wurde erst vor relativ kurzer Zeit der klinischen Taxonomie psychiatrischer Störungen (American Psychiatric Association, 1980) hinzugefügt, und der größte Teil der empirischen Befunde über die Störung ist erst in den letzten Jahren zusammengetragen worden. Es überrascht daher nicht, daß viele Kliniker, die PTBS-Patienten behandeln, oft nur in geringem Maß mit dieser zunehmend unübersichtlichen Wissensgrundlage vertraut sind und sich nicht im klaren über die komplexe Eigenart dieser Störung sind. Besonders besorgniserregend ist dabei, daß in der klinischen Praxis meist nur wenig Aufmerksamkeit darauf verwendet wird, Behand-

lungspläne und Interventionen zu entwickeln, in denen die besonderen Anforderungen an eine Therapie einer PTBS berücksichtigt sind, die mit anderen ernsthaften Problemen wie Alkohol- oder Drogenmißbrauch, Major Depression und Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung einhergehen. Dieser Punkt wirft wichtige Fragen zu Form und Fokus der Behandlung sowie zu möglichen indikations- und prognoserelevanten Unterschieden zwischen verschiedenen Kombinationen von PTBS und weiteren Störungen auf. Erforderlich ist hier die Entwicklung verhaltenstherapeutischer Ansätze zur Behandlung der PTBS, die in Einklang stehen mit dem aktuellen Stand unseres Wissens über die Komplexität der Störung.

Im folgenden werden vier Argumente für eine sorgfältige gemeinsame Betrachtung von PTBS und Alkoholismus diskutiert. Das erste Argument bezieht sich auf die Interaktion der Störungen. Hier werden Untersuchungen erörtert, die relevant für den Einfluß einer Störung auf die andere sind – in einem kausalen oder direktionalen Sinn. Das zweite Argument betrifft die jeweiligen Beeinträchtigungen, die mit PTBS und Substanzmißbrauch einhergehen. Die Diskussion wird Symptomkonstellationen in den Blick nehmen, die beiden Störungen gemeinsam sind, und sich mit der Hartnäckigkeit und den chronischen Formen dieser Störungen befassen. Das dritte Argument – Rückfallquoten – basiert auf der umfangreichen Suchtliteratur und der anwachsenden PTBS-Literatur über posttherapeutische Rückfallquoten. Das vierte und letzte Argument ist das der Kosteneffektivität und gründet schlicht und einfach auf der Überlegung, daß kombinierte, besser konzipierte Interventionen weniger kostenaufwendig und eher dazu geeignet sind, das gesamte Kontinuum an Behandlungserfordernissen abzudecken.

*Das Interaktionsargument.* Zur Zeit ist über die Richtung des ätiologischen Zusammenhangs von PTBS und Substanzmißbrauch und -abhängigkeit nur wenig bekannt. Es ist noch ungeklärt, ob die PTBS ein Risikofaktor für Alkohol- oder Drogenmißbrauch ist oder ob umgekehrt der Substanzmißbrauch als Risikofaktor für das Auftreten einer PTBS fungiert. Vor kurzem wurden von Davidson et al. (1990) einige vorläufige Ergebnisse zur zeitlichen Abfolge und zum Verlauf von Alkoholismus mit PTBS veröffentlicht. Mit Hilfe der *Schedule of Affective Disorders* (SADS-L; Endicott & Spitzer, 1978) wurde eine Stichprobe von 44 Veteranen aus dem Vietnam- und dem Zweiten Weltkrieg mit PTBS untersucht. Erfasst wurden (a) das Alter bei der ersten Diagnose eines Alkoholismus oder einer anderen psychiatrischen Störung, (b) das Alter zum

Zeitpunkt des Auftretens der PTBS und (c) die zeitliche Abfolge und die Anzahl anderer Diagnosen. Es zeigte sich, daß Alkoholismus dem Auftreten der PTBS bei den Vietnamveteranen im Durchschnitt 3,1 Jahre voranging, während er bei den Weltkriegsveteranen der PTBS im Abstand von im Mittel 6,9 Jahren folgte. Nach Meinung der Autoren ist der Befund, daß Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit bei den meisten Vietnamveteranen der PTBS voranging oder zum gleichen Zeitpunkt wie diese auftrat, jedoch noch kein Beweis für einen kausalen Zusammenhang. Alkoholmißbrauch könnte ebensogut einen Versuch dargestellt haben, beeinträchtigende frühe PTBS-Symptome zu bewältigen, die auftraten, noch ehe sich die Störung vollständig entwickelt hatte.

Khantzian (1985) vertrat eine Selbstmedikationstheorie des Substanzmißbrauchs, der zufolge die konsumierten Drogen wegen ihrer spezifischen psychotropen Wirkungen ausgewählt werden. So wird Heroin zum Beispiel möglicherweise wegen seiner stark dämpfenden Wirkung auf Wut und Aggressionen gewählt, während Kokain vermutlich aufgrund seiner antidepressiven Wirkung ausgesucht wird. Die Untersuchung von Neff und Husiani (1982) über die Funktion des Alkoholkonsums als «Stresspuffer» legt nahe, daß das Trinken einen vermittelnden Einfluß auf den Zusammenhang zwischen bestimmten Lebensereignissen und depressiver Symptomatik – insbesondere als Reaktion auf extreme Ereignisse («Katastrophen») – hat.

In der Literatur finden sich immer mehr Hinweise darauf, daß dem Verlangen zu trinken häufig PTBS-Symptome vorausgehen (Keane et al., 1988; Jellinek & Williams, 1984, 1987). Zwar hat die Spannungsabnahmhypothese in der Literatur zum Thema Alkohol und Angst nicht uneingeschränkt Unterstützung erfahren, es herrscht jedoch im klinischen Bereich Übereinstimmung dahingehend, daß zumindest ein Teil der PTBS-Patienten in Abwesenheit anderer, konstruktiverer Bewältigungsmöglichkeiten eine Selbstmedikation ihrer Angst vornehmen. Brinson und Treanor (1988) kamen zu dem Schluß, daß Personen mit PTBS Alkohol mißbrauchen, um dadurch aversive emotionale Reaktionen abzuschwächen, Schlafstörungen zu bekämpfen und gegen aufdringliche PTBS-Wiedererlebensphänomene anzugehen.

Trinkerfahrungen in Verbindung mit extremen Belastungen können zu einer erhöhten Vulnerabilität führen, indem die Erwartungen bezüglich der Wirkungen von Alkohol verändert werden (vgl. Brown, Goldman, Inn & Anderson, 1980; Brown, Goldman & Christiansen, 1985). In einer Untersuchung wurden Patienten mit einer Doppeldiagnose direkt nach den Anlässen ihres letzten Rückfalls gefragt (Abueg, Chun & Lurie, 1990).

Diese alkoholabhängigen PTBS-Patienten nannten viele der in der Literatur über rückfällige Alkoholiker aufgeführten Auslöser wie Verstimmungen, äußere Belastungsfaktoren oder einfach Verlangen. Fast 25 Prozent der Antworten in dieser Studie mußten jedoch einer eigenen, völlig unabhängigen Kategorie von Auslösern zugeordnet werden, die speziell PTBS-Symptome umfaßte (Schlaflosigkeit, Alpträume, «auf der Hut sein» und traumatische Erinnerungen). Diesen Daten zufolge sind zumindest die Attributionen von Alkoholikern mit PTBS hinsichtlich der Rückfallanlässe eng mit den speziellen Symptomen verknüpft, unter denen sie leiden.

Neuere Arbeiten zum Thema Alkohol beschäftigten sich besonders mit den biologischen Aspekten der Symptome extremer Belastungen und ihrer Interaktion mit den zentral dämpfenden Eigenschaften und den enthemmenden Mechanismen der Alkoholwirkung (vgl. Kosten & Krystal, 1988). Volpicelli (1987) entwickelte beispielsweise unter Berufung auf Konstrukte aus dem Paradigma der Gelernten Hilflosigkeit ein Modell, demzufolge Trinken als Reaktion auf unkontrollierbaren Stress verstanden werden kann. Zwar unterstützen experimentelle Studien in toto die Spannungsabnahmhypothese nicht, jedoch zeigt eine erneute Untersuchung von Unkontrollierbarer-Stress-Paradigmen deutlich eine zeitliche Verknüpfung von Trinken und Stress. Zunahmen des Alkoholkonsums ereignen sich in der Folge unkontrollierbarer aversiver Erlebnisse (Volpicelli, 1987, S. 385). Volpicellis Analyse ist zu entnehmen, daß dem Trinken regelmäßig ein Spannungsabfall – oder die Beendigung der aversiven Stimulierung – vorausgeht. Eine zweite Hypothese, die der Autor aufgestellt hat, lautet, daß die Alkoholeinnahme verstärkt wird durch Effekte, die die verringerte Endorphinaktivität nach einem Schock substituieren. Die Untersuchung anamnestischer Variablen wie dem Alkoholkonsum im Militärdienst und ihren Einfluß auf Verlauf und akute Symptomatik scheint diagnostisch sowie für weitere Forschungsarbeiten von erheblicher Bedeutung zu sein.

Einigen Studien sowohl mit normalen als auch mit klinischen Stichproben zufolge hatte Alkoholkonsum auch eine potenzierende Wirkung auf Ängste (Stockwell, Small, Hodgson et al., 1984; Vaillant, 1980). Somit kann fortgesetztes Trinken zu einer Exazerbation von PTBS-Symptomen führen, was wiederum zu weiterem Alkoholmißbrauch veranlassen kann. Dieses Phänomen läßt sich möglicherweise durch klassische Konditionierung erklären. Allerdings sind Konditionierungsvorgänge höherer Ordnung und kognitive Faktoren vermutlich ebenso bedeutsam. So wurde Rückzugsverhalten, das als Angst oder PTBS-Symptom per se erlebt wird, von einigen Autoren als Auslöser einer Symptomexazerbation identifiziert (Kosten & Krystal, 1988; Risse, Whitter, Burke et al., 1990). Einer Hy-

pothese von Risse et al. (1990) zufolge können Rückzugssymptome direkt die bestehende PTBS-Psychopathologie, z. B. Wut und Aggression, verschlimmern. Eine andere Hypothese bezieht sich auf die Ebene der Attributionen. So könnten doppel diagnostizierte Patienten sich mit Fragen herumquälen wie: «Was passiert mit mir?», «Bin ich dabei, den Verstand zu verlieren?» oder «Wird es wieder schlimmer?» Schließlich hat zumindest ein Autor die Vermutung geäußert, daß Alkoholismus wegen seiner zahlreichen tragischen Konsequenzen für den Betroffenen und seine Angehörigen auch selbst als traumatischer Stressor angesehen werden kann (Bean-Bayog, 1988).

Nach einer neueren Übersicht von Kushner, Sher und Beitman (1990) gibt es zwischen den verschiedenen Angststörungen signifikante Unterschiede bezüglich der Interaktion von klinischer Angst und Alkoholkonsum. Während der Literatur über die Generalisierte Angststörung (GAS) und Panikpatienten zu entnehmen ist, daß Spannungsreduktion und Selbstmedikation Trinken in gewissem Umfang erklären können, sind bei Personen mit Agoraphobie oder einfacher Phobie solche Tendenzen nicht zu erkennen. Diesen Ergebnissen zufolge trinken Agoraphobiker beispielsweise in einer Vielfalt von Situationen, und es zeigt sich bei ihnen tendenziell eine stärkere Wechselwirkung zwischen Angst und Alkoholkonsum. Aufgrund dieser Beobachtungen erscheint es nicht unwahrscheinlich, daß bei Alkoholikern mit PTBS eine spezielle Symptomkovariation besteht, die die Entwicklung spezifischer Modelle und Behandlungsformen und spezielle Forschungsbemühungen gebietet.

*Das Beeinträchtigungsargument.* In den achtziger Jahren wurden auf dem Gebiet der Identifikation und der Aufklärung des Zusammenhangs zwischen Substanzmißbrauch und psychischen Störungen große Fortschritte gemacht. Erstens konnten in verschiedenen suchtherapeutischen Settings durchgeführte Untersuchungen zeigen, daß viele Personen, die sich wegen eines Substanzmißbrauchs in Behandlung begeben, koexistente psychische Beeinträchtigungen aufweisen. Unabhängig voneinander fanden verschiedene Untersuchungen ein hohes Maß an psychischer Gestörtheit bei Suchtpatienten (Dorus & Senay, 1980; Rounsaville, Weissman, Crits-Christoph, Wilber & Kleber, 1982; Rounsaville, Weissman, Rosenberger, Wilber & Kleber, 1982; Steer & Kotzker, 1980). Auch von McLellan und seinen Mitarbeitern (McLellan, Childress, Griffith & Woody, 1984; La-Porte, McLellan, O'Brien & Marshall, 1981) wurden bei Patienten, die wegen Mißbrauchs unterschiedlicher Drogen um Therapie ersuchten, verschiedene psychiatrische Störungen festgestellt.

Neuere Studien sind über die Erfassung der Prävalenz psychischer Störungen bei Klienten von suchtherapeutischen Einrichtungen hinausgegangen und haben die große Bedeutung von Komorbiditätsdiagnosen für die Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie demonstriert. So fanden beispielsweise Rounsaville und seine Mitarbeiter (z. B. Kosten, Rounsaville & Kleber, 1983) bei Opiatabhängigen einen Zusammenhang zwischen sowohl dem Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung als auch dem Vorliegen spezifischer psychiatrischer Diagnosen bei Therapiebeginn auf der einen und dem langfristigen Erfolg der Behandlung auf der anderen Seite. Des weiteren war das Ergebnis eines kontrollierten Versuches zur Wirksamkeit von Psychotherapie als Ergänzung einer Methadonbehandlung für Opiatabhängige (Woody, McLellan, Luborsky und O'Brien, 1985), daß das Vorliegen spezifischer psychiatrischer Störungen wie Major Depression oder Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASP) mit der Drogenabhängigkeit interagierte und sich auf den Therapieerfolg auswirkte. Opiatabhängige ohne eine psychische Störung vor Behandlungsbeginn profitierten von der Therapie, desgleichen diejenigen, die die Kriterien für das Vorliegen einer Major Depression erfüllten. Die Süchtigen mit einer ASP allein dagegen zeigten nur eine geringe Verbesserung infolge der Behandlung, wohingegen Patienten mit einer ASP und Depressionen bei Behandlungsbeginn fast so gut auf die Behandlung ansprachen wie die Süchtigen, bei denen nur eine Depression festgestellt worden war. Während also die ASP allein ein negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg war, scheint ihre Wirkung durch das gleichzeitige Vorliegen einer depressiven Störung und anderer psychiatrischer Symptome beträchtlich abgeschwächt zu werden (vgl. Gerley, Alterman, McLellan & Woody, 1990).

Neuere Studien zur Behandlung des Drogenmißbrauchs konnten auch zeigen, daß bei einem Teil der Patienten Psychotherapie ein wichtiger Teil eines umfassenden Behandlungsplans darstellen kann. In der oben beschriebenen kontrollierten Untersuchung der Wirkung von Psychotherapie bei methadonbehandelten Opiatabhängigen konnten Woody und seine Mitarbeiter zeigen, daß sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische als auch supportiv-expressive Interventionen als Ergänzung der Standarddrogenberatung mit größeren Behandlungserfolgen einhergingen. Diese Studie ist deshalb besonders wichtig, weil sie sich auf die Behandlung von Klienten mit multiplen Störungsmustern bezieht.

«PTBS-Patienten, die in den Kliniken für Veteranen behandelt werden, erreichen nicht das gleiche Funktionsniveau wie Patienten, die an anderen psychiatrischen Störungen leiden» - dieser Einschätzung schlossen sich

zumindest zahlreiche Kliniker an, die im Rahmen einer Untersuchung der amerikanischen Veteranenbehörde befragt wurden. (VA Health Systems Research & Development, 1987; Chief Medical Director's Special Committee on PTSD, 1987). Das niedrigere Funktionsniveau ist möglicherweise zum Teil auf die Chronizität der PTBS bei Vietnamveteranen (Kolb, 1987) zurückzuführen sowie auf den Umfang und den Schweregrad der Symptomatik. Chronische PTBS geht oft mit einer großen Menge an weiteren Schwierigkeiten einher, die Parallelen mit den Problemen aufweisen, mit denen Alkoholiker zu kämpfen haben. Zusammengefaßt gehören dazu intrapersonelle Faktoren (biologische und psychologische) und interpersonelle Probleme im Lebenssystem der Betroffenen wie eheliche und familiäre Schwierigkeiten, Leistungseinbußen im Beruf und soziale und kommunikative Defizite. Zur Unterstreichung des Beeinträchtigungsarguments für die Entwicklung eines Modells wird im folgenden eine kurze Übersicht über Konvergenzen zwischen PTBS und Substanzmißbrauch gegeben.

Eine Metaanalyse zu den psychischen Problemen von Vietnamveteranen ergab, daß bei ihnen Depressionen, Ärger, Ängste und suizidale Tendenzen häufiger waren als bei zivilen Vergleichspersonen (Kaylor et al., 1987). Zudem sind Kriegsveteranen, die die Diagnosekriterien einer PTBS erfüllen, häufiger von solchen Problemen betroffen als Veteranen ohne PTBS (Kulka et al., 1990).

Der erste Bereich bemerkenswerter Übereinstimmung zwischen PTBS-Patienten und Alkoholikern ist die von beiden Gruppen berichtete biologische Sensibilität gegenüber bestimmten störungsrelevanten Stimuli. Psychophysiologische Reaktionen von Veteranen mit kriegsbedingter PTBS sind ein gut belegtes Phänomen (Malloy, Fairbank & Keane, 1983; Blanchard, Kolb, Pallmeyer & Gerardi, 1982). In Anwesenheit von Stimuli, die Erinnerungen an das traumatische Ereignis wachrufen, kommt es zu einem Anstieg verschiedener Indikatoren autonomer Erregung, und zwar in einem Ausmaß, das nur schwer bewußt vorzutäuschen ist (eine detailliertere Darstellung dieser Arbeit findet sich in dem Kapitel von Litz et al.). Darüber hinaus befinden sich PTBS-Betroffenen anscheinend in einem Zustand ständiger Übererregung (Gerardi, Keane, Cahoon & Klauminzer, 1989). Diese PTBS-Kernsymptome sind in einen direkten theoretischen Zusammenhang mit dem traumatischen Erlebnis gebracht worden. Die Zwei-Faktoren-Theorie der Vermeidungskonditionierung stellt eine Kombination des Prinzips der klassischen Konditionierung mit dem des operanten Vermeidungsverhaltens dar und hat sich als fruchtbarer Ansatz für die wissenschaftliche Beschäftigung mit der PTBS erwiesen

(Fairbank & Brown, 1987; Keane, Fairbank, Caddell, Zimering & Bender, 1985).

Auf ähnliche Weise wie der PTBS-Patient auf traumatogene Stimuli reagiert, so ließe sich argumentieren, zeigt der Alkoholiker psychophysiologische Reaktionen auf Stimuli, die ihn ans Trinken erinnern. So wurden etwa physiologische Unterschiede zwischen Alkoholikern und Nichtalkoholikern in Reaktion auf den Anblick und den Geruch von Alkohol gefunden (Pomerleau, Fertig, Baker & Cooney, 1983; Kaplan, Meyer & Stroebel, 1983).

Von Poulos, Hinson und Siegel (1981) stammt ein Modell, wonach sowohl interozeptive als auch exterozeptive klassisch konditionierte Alkoholhinweisreize (*alcohol cues*) die Wahrscheinlichkeit des Trinkens erhöhen können. Diese und ähnliche theoretische Überlegungen haben mehrere Studien über die Wirkung derartiger Cues angeregt, wobei eine Reihe von Bedingungen untersucht wurden, die für den Kontext von Rückfällen relevant sind (Niaura, Rohsenow, Binkoff et al., 1988). Nach einer Einstimmungsdosis Alkohol geben Alkoholiker bei Anwesenheit von Alkoholcues zum Beispiel an, ein gesteigertes Trinkverlangen zu verspüren (Hodgson, Stockwell & Rankin, 1979; Kaplan, Meyer & Stroebel, 1983; Laberg & Effertsen, 1987). Auch negative Stimmungen können, ohne daß externe Hinweisreize vorliegen, ebenfalls ein Verlangen nach Alkohol auslösen (Litt, Cooney, Kadden & Gaupp, 1990). Auch kognitive Veränderungen sind als Reaktion auf Alkoholcues registriert worden (Cooney et al., 1987).

Im Laufe der wissenschaftlichen Beschäftigung mit diesem Thema sind immer mehr stärker die Zusammenhänge zwischen der Reaktivität auf solche Cues und therapeutischen Fortschritten, Behandlungserfolgen und Rückfällen ins Blickfeld geraten (Niaura et al., 1988). Weitere theoretische Überlegungen auf dem Gebiet der Hinweisreizreaktivität von substanzmißbrauchenden PTBS-Betroffenen sind erforderlich. Steigert die Anwesenheit traumatogener konditionierter Stimuli das psychophysiologische Bedürfnis zu trinken? Wird dieses Bedürfnis zusätzlich noch durch die Anwesenheit von Alkoholcues gesteigert?

Auf einer noch komplexeren Ebene schließlich liegt eine beachtliche Parallele in dem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt, der bei PTBS-Patienten zu beobachten ist (Roth & Cohen, 1986), und dem Konflikt, der in der Literatur zur Alkoholreaktivität beschrieben wird. Je nach motivationaler Lage kann der Patient die Konfrontation mit alkoholbezogenen Stimuli nämlich als besonders unangenehm betrachten, insbesondere wenn es ihn große Mühe kostet, sein Verhalten zu zügeln. Ein anderer Patient

dagegen, dem dies nicht so schwer fällt, sieht solche Situationen vielleicht als willkommene Herausforderung an oder will vielleicht gar nicht unbedingt völlig abstinent bleiben, wodurch der Stimulus für ihn automatisch Verstärkerqualitäten bekommt.

Ein weiterer Bericht der Übereinstimmung zwischen den Störungen sind die Bewältigungsstrategien und defizitären Bewältigungskompetenzen der Betroffenen. Penk, Peck, Robinowitz, Bell und Little (1988) sowie Penk et al. (1981) kamen nach ihrer Auswertung der vorliegenden Literatur zum Coping von Substanzmißbrauchern zu dem Ergebnis, daß eine übergreifende Erkenntnis dieser Arbeiten darin besteht, daß Suchtmittelkonsum ein Anzeichen für fehlgeschlagenes Coping darstellt. Außerdem findet sich bei Substanzmißbrauchern ein Überwiegen vermeidender Bewältigungsstile. Diese Ergebnisse stehen völlig in Einklang mit anderen psychometrischen Daten zum sozialen Rückzug und vermeidenden Copingstilen bei Kriegsveteranen mit PTBS (Fairbank, Hansen & Fitterling, 1991) und manchen Opfern sexueller Gewalt (Foa, Steketee & Olasov Rothbaum, 1989). Hinzu kommt, daß PTBS-Patienten ebenso wie Alkoholpatienten häufig zusätzlich mit Depressionen zu kämpfen haben (Kulka et al., 1990). Alles in allem deuten diese Resultate darauf hin, daß ein Zusammentreffen dieser beiden Störungen die Tendenz zu defensivem Vermeiden und Rückzug noch stärker werden lassen kann.

*Das Rückfallquotenargument.* Die hohen Rückfallquoten von Suchtmittelabhängigen nach einer Behandlung sind durch zahlreiche Ergebnisse belegt. Wie Saunders und Allsop (1987) lakonisch zusammenfassen: «Definiert man einen Rückfall als jeden Drogenkonsum nach dem Beginn einer Periode der Enthaltung, dann werden über einen beliebigen Zeitraum von 12 Monaten 90 Prozent aller Klienten rückfällig» (S. 418). Sie stellen auch fest, daß bei einer Rückfalldefinition als Rückkehr zum vorherigen Konsumniveau die Rückfallquoten in der Regel im Bereich zwischen 45 und 50 Prozent liegen. Zwar sind diese speziellen Rückfalldefinitionen in der Literatur nicht ohne Kritik geblieben, dennoch läßt sich nicht leugnen, daß Suchtverhalten langfristig betrachtet äußerst veränderungsresistent ist. Neben lerntheoretischen Überlegungen zum Rückfallprozeß und zu Antezedenzen oder Prädiktoren eines Rückfalls (z. B. Marlatt & Gordon, 1985; Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986) hat auch die theoretische Beschäftigung mit reziproken Einflüssen der natürlichen Umgebung des Patienten auf Rückfall und Überwindung der Sucht begonnen (Moos, 1990). Diese Entwicklungen haben nicht nur

die Möglichkeiten von Verhaltensvorhersage und -erklärung verbessert, sondern auch zu neuen Ansatzpunkten für Interventionen geführt.

Betrachtet man die Übereinstimmungen zwischen PTBS und Substanzmißbrauch, ist zu erwarten, daß die Rückfallwahrscheinlichkeit bei Personen mit einer Doppeldiagnose höher ist als beispielsweise bei Alkoholikern ohne PTBS. Ob nun die Ereignisse, die zu einem Rückfall führen, auf Konditionierungsprozesse, auf die Chronizität einer der beiden Störungen oder auf die mangelhafte soziale Unterstützung der wenig integrierten PTBS-Betroffenen zurückzuführen sind, in jedem Fall scheint es deutlich mehr Risikofaktoren für einen Rückfall zu geben. Diese Fragen sind bislang noch nicht formal untersucht worden, es liegen jedoch erste Studien zur Therapieresistenz der PTBS allein vor.

Perconte, Griger und Bellucci (1989) untersuchten 102 Vietnamveteranen, die sich wegen PTBS einer teilstationären Behandlung unterzogen hatten. Nach zwei Jahren waren 26 der 47 Patienten (53,3 Prozent), die anfangs als gebessert eingestuft worden waren, erneut wegen ihrer PTBS stationär behandelt worden. Nur 21 von 74 Veteranen (28,4 Prozent) blieben über den Zeitraum von zwei Jahren hinweg gebessert. Weitere Ergebnisse zu Behandlungserfolgen bestätigen diese langfristig ungünstige Prognose. Die Frage bleibt: Ist das Vorliegen einer Doppeldiagnose ein Prädiktor für ein noch größeres Rückfallrisiko?

*Das Kostenargument.* Den Ergebnissen einer Studie von Kuhne, Nohner und Baraga (1986) zufolge sind durch eine kombinierte Behandlung von Substanzmißbrauch und PTBS bessere Therapieergebnisse bei doppel diagnostizierten Patienten zu erzielen. Leider gibt es bislang keine weiteren Belege für diese Annahme. Stark bedauert wird, daß es auf diesem Gebiet bislang nur sehr unzureichende Hilfsangebote gibt (Lehmann, 1990). Häufig findet man, daß Patienten eine zusammengestückelte Therapie erhalten, erst wegen ihres Substanzmißbrauchs und dann wegen der PTBS behandelt werden oder umgekehrt, aber nur selten eine integrierte Therapie beider Störungen stattfindet (Schnitt & Nocks, 1984). Unseres Wissen nach gibt es auch keine Berichte über eine formale Nachsorge für Patienten mit PTBS und einem Suchtproblem. Angesichts dieser Realitäten verfolgt das *Department of Veterans Affairs* eine recht fortschrittliche Strategie und finanziert eine Reihe von Einrichtungen, die substanzmißbrauchende PTBS-Patienten betreuen, um die ambulanten und stationären Angebote für diese Gruppe auszubauen (Lehmann, 1990). Es ist naheliegend, daß Programme, die für die besondere Problematik von PTBS-Patienten mit einer Substanzmißbrauchsstörung konzipiert wurden, kosteneffektiver

sind als zusammengestückelte Behandlungen. Zukunftsweisende Schritte seitens der zuständigen Behörden spiegeln wichtige neue Erkenntnisse in der theoretischen und klinischen Literatur wider. In bezug auf Behandlungsangebote für suchtmittelabhängige PTBS-Patienten heißt «besser» nicht zwangsläufig «komplexer». Eher wird die Effizienz vergrößert, indem innerhalb eines interaktiven Konzepts begrenzte Ressourcen gezielt zugunsten dieser Bevölkerungsgruppe mit ihrer ganz besonderen Problematik eingesetzt werden.

### Erarbeitung eines integrierten Modells

Nach diesem Überblick über Epidemiologie, deskriptive Daten und die Gründe für die Notwendigkeit eines Arbeitsmodells zur Behandlung von Patienten mit PTBS und Suchtproblemen kristallisieren sich die Fragen heraus, die in einem praktischen, multidimensionalen Therapiemodell beantwortet – oder zumindest angesprochen – werden müssen. Zu diesen Fragen gehören die folgenden:

- Wie läßt sich die Therapiemotivation von substanzmißbrauchenden PTBS-Patienten stärken?
- Worin sollten die ersten Schritte der Behandlung bestehen?
- Wodurch verschlechtert sich die Prognose eines Patienten?
- Bei den zahlreichen Behandlungstechniken, die zur Verfügung stehen – welches Wissen benötigen wir noch über das Timing der Interventionen, die Effekte ihrer Anwendung sowie über Veränderungsüberzeugungen oder -erwartungen, die zu einer Verfestigung des Gelernten beitragen können?
- Welches Vorgehen ist bei Patienten zu wählen, die für imaginative Techniken nicht zugänglich sind?

Als Grundlage für die Beschäftigung mit diesen schwierigen Fragen soll ein Interventionsmodell skizziert werden, in dem die Wechselwirkungen zwischen Alkohol- und Drogenkonsum und PTBS-Symptomen berücksichtigt werden. Die soziale Lerntheorie (Bandura, 1978a, 1978b, 1982) ist eine fruchtbare Grundlage für das Verständnis von Veränderungsprozessen bei Therapiepatienten und zur Entwicklung von Methoden zur Begünstigung solcher Prozesse. Wir werden uns auf Konstrukte aus diesem Gebiet der Theorieentwicklung stützen und darüber hinaus Beobachtungen aus anderen Ansätzen, die sich mit Sucht, Abstinenz und Rückfall befassen,

einbeziehen. Schließlich wird das Modell noch um die wichtige neue Komponente einer rekursiven Analyse selbstregulatorischer Strategien in Reaktion auf die Therapie ergänzt.

Die Grundpfeiler der Lerntheorie, die schon seit so langer Zeit als verlässliche Wegweiser für die therapeutische Arbeit dienen, sind auch hier weiterhin relevant. Neue Verhaltensweisen werden in Anwesenheit angemessener Verstärkung erworben, im Laufe der Zeit gezeigt und geübt, generalisieren über verschiedene Situationen hinweg und werden in diesen Situationen aufrechterhalten. Psychotherapie kann – unabhängig von speziellen Orientierungen – immer als fortlaufender Prozeß verstanden werden, der aus differentieller Verstärkung, Gegenkonditionierung und anderen Formen des Lernens im interpersonellen Kontext besteht und darauf abzielt, daß der Klient Strategien und Fähigkeiten erwirbt, mit denen er in seinem Leben besser zurechtkommt.

Arnold Lazarus erweiterte die Möglichkeiten der Verhaltenstherapie, aus ihren funktionalen Eigenschaften Nutzen zu ziehen (Lazarus, 1971), indem er großen Wert auf die Untersuchung des Kontextes legte, in dem ein Verhalten aufrechterhalten oder verstärkt wird. Bei dem Alkoholiker mit PTBS ist beispielsweise genau zu untersuchen, welche Bedingungen zu starkem Trinken führen, wodurch Erinnerungen an traumatische Ereignisse ausgelöst werden und welche Situationen Abkapselung und Rückzug vorausgehen. Der Erfassung dieser funktionalen Zusammenhänge sollte u. E. jedoch eine Einschätzung des Veränderungsstadiums, das dieser Patient erreicht hat, vorausgehen. Eine solche Haltung beruht auf einem Respekt vor der psychologischen Situation des Patienten und ist nicht mit einem Werturteil über diejenigen gleichzusetzen, die sich nicht auf eine Therapie einlassen wollen.

Stark beeinflusst wurde dieses Untersuchungsgebiet von Prochaska und Mitarbeitern (Prochaska & DiClemente, 1983), die versuchten, den natürlichen Veränderungsprozeß zu erfassen, den Raucher bei ihren Bemühungen, das Rauchen aufzugeben, durchlaufen. Sie ordneten die Strategien, die die von ihnen untersuchten Raucher einsetzten, jeweils einer von fünf verschiedenen Stadien dieses Prozesses zu: Vorentscheidung, Entscheidung, Aktion, Aufrechterhaltung und Rückfall. Im Vorentscheidungsstadium wird die Aufgabe des Suchtverhaltens erwogen, und es werden Alternativen, Risiken und Konsequenzen betrachtet. In der Entscheidungsphase wird der Vorsatz oder formale Entschluß aufzuhören gefaßt, und es besteht die starke Absicht, etwas zu unternehmen, das zu einem Abbau des Suchtverhaltens führt. In der Gruppe, die sich in diesem Stadium befand, wurde bereits der probeweise Einsatz von Techniken zur Verhal-

tenänderung beobachtet. Das dritte Stadium, das Handlungsstadium, war gekennzeichnet durch starke Anstrengungen zu einer Verhaltensänderung und Bekämpfung der Sucht. Diese Gruppe von «Selbstveränderern» wendete intuitiv viele klassisch verhaltenstherapeutische Techniken wie Stimuluskontrolle, Gedankenstopp, Konsumaufschub und Entspannung an. Die Personen, die dem vierten, dem Aufrechterhaltungsstadium zugeordnet wurden, gaben an, ihre Abstinenz durch Stimulus- und Reaktionsgeneralisierung zu festigen. Im Rückfallstadium schließlich befanden sich diejenigen, die mit großen Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der erreichten Konsumreduktion oder Abstinenz zu kämpfen hatten. Anekdotenhaft wurde von dem emotionalen Konflikt berichtet, in dem sich diese Personen wegen ihres inkonsistenten Verhaltens befanden.

Beobachtungen an Patienten in Therapie sowie die realen Anforderungen und therapeutischen Notwendigkeiten bei der Behandlung von abhängigen PTBS-Patienten legten eine Modifikation dieses Stadienmodells nahe. Die Entwicklung der hier vorgestellten Konzepte geht zu einem großen Teil auf direkte Erfahrungen am *National Center for PTSD* in Menlo Park (Kalifornien) zurück, an dem das erste klinische Modellprojekt für die Behandlung der Störungskombination eingerichtet wurde. Die Institution verfügt über 30 Betten und ist Teil der größten stationären Einrichtung des *Department of Veterans Affairs* (Berman, Price & Gusman, 1982).

Unser Modell besteht aus fünf Stadien, die sich dahingehend geringfügig von Prochaskas unterscheiden, daß die Grenzen zwischen den einzelnen Stadien etwas anders gezogen sind. Die Stadien sind: Vorentscheidung, Entscheidungsphase 1 (Übung), Handlungsphase 2 (Generalisierung und Erhaltung) und Rückfall (s. Abb. 5.1). Mit der Einführung einer zweiten, separaten Handlungsphase soll hervorgehoben werden, daß hier noch einmal ein therapeutischer Handlungsbedarf mit dem Schwerpunkt besteht, den Patienten dazu zu ermutigen, die neu erworbenen Fähigkeiten in breiteren Kontexten einzusetzen.

Das Vorentscheidungsstadium geht dem formalen therapeutischen Kontrakt voraus, an den Problemen des Patienten zu arbeiten. In der Regel bedeutet dieses Stadium eine Stabilisierung über eine Entgiftung oder eine Klinikaufnahme wegen selbst- oder fremdgefährdender Handlungen oder Absichten. In manchen Fällen gilt es, einen äußerst verwirrten, psychotischen oder aggressiven Patienten zu stabilisieren. Zwar kann der abhängige PTBS-Patient in diesem Stadium nicht genau einschätzen, was eine Therapie für ihn bedeuten könnte, jedoch kann bei den oft dramatischen Lebensumständen die Atempause, die ihm der Therapeut verschafft,

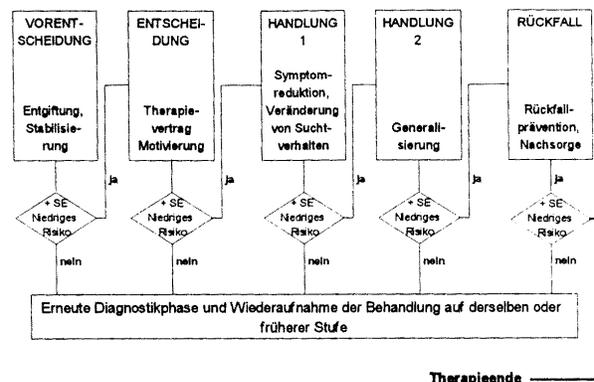


Abbildung 5.1: Stufenmodell der Behandlung von substanzmißbrauchenden PTBS-Patienten. Anmerkung: «+SE» (self-efficacy) bezieht sich auf die erhöhte Zuversicht, dem Drang, zu trinken oder Drogen zu konsumieren, widerstehen zu können; «Niedriges Risiko» auf andere Risikofaktoren, die für den Kliniker erkennbar werden könnten (physiologische, soziale, berufliche etc.).

starke positive Erwartungen an eine Psychotherapie schaffen. Wenn der Krise kriegsbedingte Belastungen vorausgingen, läßt sich durch eine Anerkennung dieses Schmerzes direkt ein Rapport herstellen, der sich für spätere Konfrontationen mit dem traumatischen Ereignis nutzen läßt. Auch kann es an dieser Stelle sinnvoll sein, den Einsatz von Medikamenten zur Kontrolle des Substanzkonsums – wie Disulfiram oder Naltrexon – zu erwägen, solange die negativen Folgen des Mißbrauchs noch deutlich spürbar sind.

Die Entscheidungsphase ist vielleicht der wichtigste Schritt, um dem Patienten dabei zu helfen, soviel wie möglich vom therapeutischen Angebot zu profitieren. Zwei Ziele stehen hier im Vordergrund: mit dem Patienten zu der Vereinbarung zu kommen, eine Therapie zu beginnen, indem man ihn über ihren potentiellen Nutzen (und das Risiko eines unterlassenen Behandlungsversuches) informiert, und seine Motivation für diese schwierige Aufgabe zu stärken. Bei William Miller (1985) findet sich eine umfassende Übersicht über Möglichkeiten, die Motivation von Patienten zu beeinflussen, meist durch einfache verhaltensorientierte Mittel. Dazu kann gehören, dem Patienten dabei zu helfen, sich erreichbare, kurzfristi-

ge Ziele zu setzen (vgl. Bandura & Schunk, 1981), realistische Erwartungen an die Therapie im allgemeinen aufzubauen, ihn für bisherige Erfolge zu verstärken und Kognitionen zu unterstützen, die förderlich für therapeutische Veränderungen sind («Vielleicht kann ich manches anders machen und bin gar kein schlechter Mensch»). In der Entscheidungsphase empfiehlt es sich sehr, den Patienten allgemein über Sucht und PTBS aufzuklären. So kann dieser beginnen, anhand der eigenen Erfahrungen und der Hinweise des Therapeuten zu begreifen, wie sich die Störungen entwickelt und gegenseitig beeinflusst haben.

Mit Voranschreiten des Lernprozesses verläßt der Patient das Entscheidungs- und tritt in das Handlungsstadium (Phase 1: Übung) ein. Hier liegt der Schwerpunkt der Interventionen auf der Bearbeitung der drei therapeutischen Zielbereiche (Reduktion von positiven Symptomen, von negativen Symptomen und Abbau des Suchtverhaltens). In dieser Phase der Therapie sind die angebrachten Interventionen Problemlösetraining, direkte therapeutische Exposition (DTE) sowie Training zur Selbstkontrolle des Suchtverhaltens einschließlich der Konfrontation mit Hinweisreizen (*cue exposure*). In der Regel kommt es rasch zu Fortschritten, die sich in einem Nachlassen der beeinträchtigenden Symptome äußern. Eine ausführliche Beschreibung der genannten Interventionen findet sich an späterer Stelle in diesem Kapitel. Wichtig ist eine genaue Überprüfung der Erwartungen des Patienten, um intervenieren zu können, falls unrealistische Zukunftserwartungen bestehen.

Im nächsten Stadium, der Generalisierungsphase des Handlungsstadiums, baut der Patient die Fähigkeit aus, Gelegenheiten zur Anwendung des Gelernten zu erkennen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht hier vor allem darin, auf einen angemessenen Schwierigkeitsgrad der angegangenen Aufgaben und Situationen (in engen Beziehungen, als Elternteil, am Arbeitsplatz und in der Gemeinde) zu achten. Der Schwerpunkt liegt auf einer Ausweitung des sozialen Unterstützungsnetzwerks und einer Vertiefung der bestehenden Bindungen.

Das Rückfallstadium schließlich dient zur Bearbeitung möglicher Fehlritte und Rückfälle, insbesondere einer Rückkehr zum Konsum des jeweiligen Suchtmittels. Eine systematische Intervention durch ein Rückfallpräventionstraining mit Berücksichtigung der besonderen Probleme von PTBS-Patienten, erscheint geeignet, einem Rückfall vorzubeugen. Auch an dieser Stelle findet im Rahmen von Rückfallfantasieübungen eine Konfrontation mit Hinweisreizen statt. Das Durchspielen positiver Bewältigungsversuche auf der Vorstellungsebene gefolgt durch Rollenspiele erhöht die Wahrscheinlichkeit angemessenen Verhaltens bei Auftreten von

Impulsen und Verlangen. Ein Training der Fähigkeit, angebotene alkoholische Getränke und Drogen abzulehnen, wird von abhängigen PTBS-Patienten als zweckmäßig und effektiv angesehen und stellt die letzte Komponente der Intervention dar.

Wie sich aus der obigen Erläuterung der einzelnen Stadien ergibt, handelt es sich nicht um ein streng lineares Modell. Die PTBS wurde als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von Person- und Umgebungsfaktoren konzeptualisiert (Keane, 1989), und die Verhaltenstherapie ist in letzter Zeit stark von systemtheoretischen Ansätzen beeinflusst worden (Evans, 1985; Staats, 1978). Rosenbaum hat ein elegantes Selbstregulationsmodell erarbeitet, mit dem der Versuch unternommen wird, Ergebnisse aus einem weiten Bereich der Literatur zueinander in Beziehung zu setzen. In dem Bemühen, einige dieser konzeptuellen Entwicklungen in der Verhaltenstherapie aufzugreifen, soll hier versucht werden, durch die Einbeziehung einer rekursiven Analyse zweier zentraler Variablen der Komplexität therapeutischer Entscheidungen und individueller Veränderungsprozesse gerecht zu werden.

Die Betrachtung zweier wichtiger Variablen – Vulnerabilität und Selbstwirksamkeit – kann Therapeut und Patient dazu veranlassen, die Abfolge der Schritte im Behandlungsplan zu überdenken. *Vulnerabilitätsfaktoren* sind u. E. konsequent zu beobachten, um den Patienten bei der Stabilisierung seiner Fortschritte zu unterstützen. Unter Rückgriff auf die zahlreichen Erkenntnisse, die zur Frage des Rückfalls gesammelt wurden, sollte der Patient früh vor den entsprechenden Risiken gewarnt werden, um therapeutische Rückschritte abzuwenden; das Wissen um diese Risiken kann auch hilfreich für die Regulation der Geschwindigkeit des Vorgehens sein. Bei einem Veteranen mit PTBS und Alkoholismus, der von einem der Verfasser (F. R. A.) behandelt wurde, stellten sich als Reaktion auf eine impulsive Therapie und ein Rückfallverhinderungstraining deutliche Verbesserungen ein. Zwar waren die Fortschritte beachtlich, jedoch kam es ein volles Jahr nach dem intensivsten Teil der Therapie im Kontext einer zunehmend enger werdenden Beziehung zu einem Aufleben anderer Vulnerabilitäten im Bereich des Umgangs mit Ärger und seiner Angst vor Kontrollverlust. Diese Gefühle stellten sich ein, als er sich immer mehr auf die Beziehung einließ und begann, mehr Emotionen zu zeigen. Mit Hilfe seines «Vulnerabilitätsprofils» ließ sich die Therapie in die richtige Richtung lenken, noch bevor der Patient tatsächlich mit diesen Problemen konfrontiert wurde. Dadurch, daß sich der Patient mit seinen Gefühlen auseinandersetzen konnte, bevor sie übermächtig wurden, war er ihnen zudem nicht hilflos ausgeliefert.

Das zweite Konstrukt, das in jedem Entwicklungsstadium überprüft werden sollte, ist das der Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*), d. h., inwieweit sich der Patient zutraut, ein bestimmtes Verhalten auszuführen (Bandura, 1978a). Erwiesenermaßen lassen sich therapeutische Fortschritte durch Veränderungen der Selbstwirksamkeit gut vorhersagen, und zwar noch ehe irgendeine der gelernten Verhaltensweisen eingesetzt wird (Bandura, 1982). Eine wiederholte Erfassung der Selbstwirksamkeit vorzunehmen ist besonders sinnvoll in den Abschnitten der Therapie, in denen sich der Prozeß verlangsamt, stagniert oder gar rückwärts verläuft. Bei Patienten mit einer Sucht- und einer PTBS-Problematik kommt es häufig zu einem raschen Rückgang von Angstsymptomen, während das weitergesteckte Ziel der Abstinenz mehr Zeit erfordert. Es gilt dann, eine Umgebung zu konstruieren, die für drogenfreie Aktivitäten förderlich ist, und die alten Bindungen an den Alkohol- und Drogenkonsum zu lösen oder zumindest zu schwächen. Bei einer Konfrontation mit diesen neuen Aufgaben ist häufig ein Nachlassen des Vertrauens in die eigenen Kompetenzen zu beobachten. In diesem Fall empfiehlt es sich, direkt zu intervenieren, um die wahrgenommene Selbstwirksamkeit zu erhöhen, indem man an vergangene Erfolge erinnert, in der Therapie noch kleinere Ziele setzt, Methoden zur kognitiven Umstrukturierung einsetzt oder eine «therapeutische Atempause» einlegt (Goldfried & Robins, 1982).

Vielen Langzeitalkoholikern fehlt es an der nötigen Erfahrung, um im voraus einschätzen zu können, wie mühevoll und anstrengend eine Therapie sein kann. Was bislang in der Regel als Verleugnung angesehen wurde, kann als eine Überschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit operationalisiert werden. Eine Studie aus der jüngsten Vergangenheit kam zu dem Ergebnis, daß besonders hohe Selbstwirksamkeitseinschätzungen bei stationär behandelten Alkoholikern ein erhöhtes Rückfallrisiko nach der Entlassung vorhersagen kann (Burling, Reilly, Moltzen & Ziff, 1989). Wenn der Patient übermäßig selbstbewußt wirkt oder wichtige Aspekte seines Verhaltens zu ignorieren scheint, können Interventionen, die dem Patienten die unbeachteten oder heruntergespielten Informationen stärker zu Bewußtsein kommen lassen, geeignet sein, ihn im Sinne der Therapie zu mobilisieren.

## Spezielle verhaltenstherapeutische Interventionen

### Direkte therapeutische Exposition

Die direkte therapeutische Exposition (DTE) ist operational als wiederholte oder ausgedehnte Konfrontation – entweder in vivo oder in sensu – mit objektiv harmlosen, aber gefürchteten Stimuli zum Zweck der Angstreduktion definiert worden (vgl. Boudewyns & Shipley, 1983). Sowohl abgestufte (z. B. systematische Desensibilisierung) als auch massierte (z. B. Reizüberflutung und implosive Therapie) Formen der DTE werden bei PTBS-Patienten zum Abbau von Ängsten eingesetzt, die mit aufdringlichen Erinnerungen an traumatische Ereignisse oder mit der Konfrontation mit Stimuli oder Geschehnissen, welche Ähnlichkeit mit der traumatischen Situation aufweisen, einhergehen. Eine Übersicht über diese umfangreiche Literatur zum Einsatz von Expositionsverfahren bei PTBS findet sich in dem vorangehenden Kapitel von Barbara Olasov Rothbaum und Edna Foa. Lerntheoretische Modelle, von denen DTE-Strategien abgeleitet sind, werden in dem Kapitel von Foy und Mitarbeitern dargestellt und diskutiert.

Vor kurzem wurden von drei unabhängigen Forschungsgruppen kontrollierte klinische Versuche zur Anwendung der DTE bei kriegsbedingter PTBS durchgeführt, die alle drei zu positiven Ergebnissen hinsichtlich der Wirksamkeit dieser Strategie zur Reduzierung der PTBS-Symptomatik gekommen sind (Boudewyns & Hyer, 1990; Cooper & Clum, 1989; Keane, Fairbank, Caddell & Zimering, 1989). Insbesondere erscheint die DTE eine wirkungsvolle Methodik zum Abbau positiver PTBS-Symptome wie unwillkürliches Wiedererleben der traumatischen Situation, Schlafstörungen, Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen und Zustandsangst darzustellen (Cooper & Clum, 1989; Keane et al., 1989).

Leider lassen sich diese ermutigenden Ergebnisse aus kontrollierten Therapieergebnisstudien nur schwer auf die große Zahl an Patienten generalisieren, die gleichzeitig eine PTBS und Substanzmißbrauchsprobleme aufweisen. In diesen Untersuchungen sind suchtmittelabhängige PTBS-Patienten entweder von vornherein von einer Teilnahme am Versuch ausgeschlossen worden (Boudewyns & Hyer, 1990) oder es wurde nicht erwähnt, wie viele der Teilnehmer gleichzeitig Substanzmißbrauch betrieben (Cooper & Clum, 1989; Keane et al., 1989). Somit bleibt die wichtige Frage, inwieweit die DTE eine effektive Methode zur Behandlung von

Patienten mit PTBS und Substanzmißbrauch darstellt, weitestgehend unbeantwortet.

Trotz der vielversprechenden ersten Forschungsergebnisse zum Nutzen der DTE bei PTBS äußern sich einige Kliniker zurückhaltend zur Anwendung dieser Intervention bei suchtmittelabhängigen PTBS-Patienten. Erst kürzlich führten Litz, Blake, Gerardi und Keane (1990) eine Befragung von Klinikern durch, die in der Behandlung von PTBS-Patienten mit DTE erfahren waren, und stellten fest, daß 27 Prozent von ihnen eine gleichzeitig bestehende Charakter- oder Substanzmißbrauchsstörung als Kontraindikation für eine Expositionsbehandlung bei PTBS-Patienten ansahen. Ein Vorbehalt besteht beispielsweise darin, daß bei PTBS-Patienten mit einer seit langem bestehenden Abhängigkeitsproblematik kognitive Defizite mit negativen Auswirkungen auf die Imaginationsfähigkeit vorliegen könnten. Solche kognitiven Beeinträchtigungen könnten DTE-Techniken unwirksam werden lassen, die auf einer Reizkonfrontation in sensu basieren. Weiterhin ist die Sorge geäußert worden, daß Patienten, deren primäre Strategie zur Bewältigung von PTBS-Symptomen im Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen besteht, die starke Erregung, die bei der Anwendung von Expositionsverfahren entsteht, nur schwer ertragen. Die Gefahr, die hier gesehen wird, ist, daß bei wenig stabilisierten suchtmittelabhängigen PTBS-Patienten durch eine DTE möglicherweise das Risiko eines Rückfalls in den Alkohol- oder Drogenmißbrauch erhöht wird.

Zwar steht eine empirische Überprüfung von Hypothesen zur Brauchbarkeit der DTE bei suchtmittelmißbrauchenden PTBS-Patienten in randomisierten klinischen Versuchen noch aus, es liegen jedoch Einzelfallstudien vor, bei denen eine Behandlung von PTBS-Symptomen mit DTE mit einem Rückgang eines gleichzeitig bestehenden Substanzmißbrauchs einherging. So behandelten Black und Keane (1982) beispielsweise einen Marineveteranen des Zweiten Weltkriegs, der unter starken Ängsten litt, die mit Erinnerungen an Kriegserlebnisse einhergingen, und der seit zehn Jahren Alkoholmißbrauch betrieb. Die Behandlung bestand aus einer mehrmaligen In-sensu-Konfrontation mit zwei traumatischen Gefechtserfahrungen. Die Zweijahreskatamnese ergab ein verbessertes Funktionsniveau mit einem Rückgang von Ängsten und Alkoholmißbrauch. Innerhalb der 24 Monate nach der Behandlung war der Patient nur einmal für kurze Zeit in den Alkoholmißbrauch zurückverfallen.

Keane und Kaloupek (1982) berichteten von einem Rückgang von PTBS-Symptomen und Alkoholmißbrauch bei einem Vietnamveteranen in der Folge einer PTBS-Behandlung, bei der eine DTE ein Hauptbestandteil gewesen war. Bei dem Patienten handelte es sich um einen 36jährigen

geschiedenen Mann mit einem Alkoholmißbrauch (über ein Liter Gin am Tag seit fast fünf Jahren), der eine vierwöchige stationäre Entwöhnungsbehandlung erhalten hatte. Er erschien intoxikiert zu zwei aufeinanderfolgenden Nachuntersuchungen, bei denen festgestellt wurde, daß er unter schwerwiegenden kriegsbedingten PTBS-Symptomen litt. Der Patient wurde so lange mit drei extremen Ereignissen, aus denen sich seine Kriegserinnerungen zusammensetzten, konfrontiert, bis sie im Vergleich zu vorher nur noch wenig Angst auslösten. Eine Nachfolgeuntersuchung ein Jahr später ergab Verbesserungen in verschiedenen Funktionsbereichen, einschließlich der Beendigung des Alkoholmißbrauchs.

Von uns wird DTE oft in der ersten Handlungsphase eingesetzt, da, wie bereits gesagt, ein Hauptziel der Behandlung von substanzmißbrauchenden PTBS-Patienten darin besteht, die belastenden positiven Symptome der PTBS (die verschiedenen Formen des Wiedererlebens der traumatischen Ereignisse und die Symptome einer übermäßigen Aktivierung) abzubauen. Unseres Erachtens ist die Reduktion positiver Symptome ein wesentliches Element der Behandlung der meisten PTBS-Patienten mit Suchtproblemen, da positive PTBS-Symptome per se in den Augen der Patienten ein wesentlicher Auslöser von Rückfällen in den Alkohol- und Drogenmißbrauch darstellen (Abueg et al., 1990).

*Durchführung.* Da In-sensu-Reizüberflutung oder implosive Therapie die am häufigsten angewandten DTE-Techniken zur Behandlung der PTBS sind, werden wir uns hier auf diese Verfahren beschränken (Fairbank & Brown, 1987; Brown, Abueg & Fairbank, 1991). Auch andere Formen der DTE können manchmal angemessen sein, z. B. eine systematische Desensibilisierung in vivo. In der Regel jedoch ist die systematische Desensibilisierung anscheinend nur von eingeschränktem Nutzen in der PTBS-Behandlung, da ihre Durchführung häufig Schwierigkeiten aufwirft. Aufgrund der hohen tonischen und phasischen Erregung, die häufig mit PTBS einhergeht (Malloy et al., 1983), haben die Patienten, wie wir festgestellt haben, oft Schwierigkeiten, sinnvolle konditionierte Reize (*conditioned stimuli, CS*) für das untere Ende der Hierarchie zu finden, die sie unter Aufrechterhaltung eines entspannten Zustandes ertragen können. Möglicherweise bedingt durch den bei der PTBS relativ breiten Stimulusgeneralisierungsgradienten löst unserer Erfahrung nach die Darbietung gering belastender Stimuli bei Veteranen mit PTBS häufig aufdringliche Gedanken an hoch belastende traumatische Ereignisse aus. Daher ist bei der Bearbeitung der Stimulushierarchie oft nur ein sehr langsames Voranschreiten möglich. Aus der Perspektive der implosiven Therapie ist

systematische Desensibilisierung aufgrund der unzureichenden Darbietung des CS-Komplexes kontraindiziert. Das angststeigernde Potential partieller CS-Darbietungen ist im Labor, nicht aber in klinischen Versuchen am Menschen nachgewiesen worden (vgl. Brown et al., 1991).

Bei der Durchführung einer In-sensu-Überflutung oder implosiven Therapie zur Behandlung einer PTBS stellen sich dem Therapeuten drei wichtige Aufgaben. Die erste besteht in der Darbietung der Szene, vor deren Hintergrund sich das traumatische Ereignis ereignet hat, und der anschaulichen Schilderung der Einzelheiten des Geschehens. Das Darbieten der Szene wird durch die Beschreibung der Situation erreicht, in der sich das spezielle Ereignis abgespielt hat – in der Regel auf der Grundlage der Angaben des Patienten. Bei der Schilderung der Einzelheiten des traumatischen Ereignisses ist es wichtig, sowohl Merkmale des Geschehens selbst zu beschreiben als auch Aspekte des Verhaltens des Patienten zum Zeitpunkt des Ereignisses. Unserer Erfahrung nach fallen die Reaktionen des Patienten auf die Darbietung um so stärker aus, je ausführlicher und umfassender die Einzelheiten des Ereignisses beschrieben werden. Daher sollte eine vollständige Darstellung des traumatischen Ereignisses wahrgenommene Einzelheiten in allen sensorischen Modalitäten enthalten – visuelle, auditorische, olfaktorische und haptische. Im allgemeinen ist es am effektivsten, den Patienten über die Zeiträume unmittelbar vor, während und nach dem traumatischen Ereignis zu befragen. Außerdem sollte die Exposition die Darbietung der Hinweisreize einbeziehen, auf die der Patient zum Zeitpunkt des Ereignisses reagiert hat. Diese *response cues* und durch sie hervorgerufene Gedanken, Emotionen, somatische Reaktionen und Stimmungen des Patienten sollten ebenfalls so detailliert wie möglich beschrieben werden. Beispiele für klinische Dialoge, die demonstrieren, wie dieser Bestandteil eines In-sensu-Flooding oder einer implosiven Therapie bei erwachsenen PTBS-Patienten durchgeführt werden kann, finden sich in Artikeln von Keane, Fairbank, Caddell, Zimering und Bender (1985) und Lyons und Keane (1989). Beispiele aus dem Bereich der Kindertherapie können Berichten von Saigh (1987a, 1987b) entnommen werden. Bei Rychtarik, Silverman, Van Latingham und Prue (1984) wird eine In-sensu-Überflutung im Rahmen der Behandlung eines 22-jährigen Inzestopfers beschrieben.

Ein zweiter zentraler Aspekt der Durchführung von In-sensu-Flooding oder implosiver Therapie besteht in der genauen Beobachtung der Reaktionen des Patienten auf die traumatische Szene, wobei der Therapeut besonders aufmerksam auf mehr oder weniger subtile Anzeichen von Erregung in Reaktion auf spezifische Aspekte der Szene achten sollte. In

unserer Arbeit mit Kriegsveteranen mit PTBS stellten wir fest, daß zwischen den Patienten große Unterschiede hinsichtlich Ausdruck und Intensität der Arousalreaktionen bestehen. Die Anzeichen der Erregung während der DTE reichen von klar beobachtbaren Veränderungen der motorischen Aktivität (z. B. nervöses Hin- und Herrutschen auf dem Stuhl, Händeringen) bis hin zu geringfügigen (jedoch erkennbaren) Veränderungen der Atmung (Fairbank et al., 1983).

Eine dritte kritische Komponente der Durchführung von Expositionsbehandlungen besteht darin, den Patienten dazu zu ermutigen, die Konfrontation mit den zentralen Aspekten der traumatischen Erinnerung aufrechtzuerhalten. Technisch wird diese Komponente der DTE als Reaktionsverhinderung (*response prevention*) bezeichnet, womit die Verhinderung von Vermeidungsreaktionen gemeint ist, die vermutlich entscheidend an der Aufrechterhaltung von aversiven Erregungsreaktionen auf mit dem Trauma assoziierte Reize oder traumatische Gedächtnisinhalte beteiligt sind. Umgesetzt wird Reaktionsverhinderung oft, indem der Patient den zentralen Aspekten des traumatischen Ereignisses mehrmals in einer einzelnen Sitzung oder im Verlauf mehrerer aufeinanderfolgender Sitzungen ausgesetzt wird. Praktische Anleitungen für die Durchführung dieser Komponente der DTE findet der Leser bei Keane et al. (1985), Saigh (1987a, 1987b), Rychtarik et al. (1984) und bei Lyons und Keane (1989).

Berechtigterweise stellen Behandler die Frage, woran sie und die Patienten feststellen können, daß die DTE beendet werden kann. Die Antwort ist kriteriumsbezogen. Das Ziel der DTE bei der Behandlung einer PTBS ist erreicht, wenn dadurch, daß der Patient sich an traumatische Ereignisse erinnert oder an sie erinnert wird, keine Angst oder Erregungszustände in dysfunktionalem Ausmaß mehr ausgelöst werden.

## Problemlösetraining

Seit langem beobachten Therapeuten, daß PTBS-Patienten, die Alkohol- oder Drogenmißbrauch betreiben, häufig große Schwierigkeiten bei der Bewältigung ihrer Probleme haben. Der Alltag von substanzmißbrauchenden PTBS-Patienten ist oft chaotisch, und sie stürzen von einer Krise in die nächste. Oft reagieren Alkohol- oder drogenabhängige Personen völlig unüberlegt auf Probleme und ziehen weder die Konsequenzen ihrer Handlungen noch alternative Lösungsmöglichkeiten in Betracht (O'Farrell & Langenbucher, 1985). Eine mangelnde Problemlösekompetenz führt oft zu unbefriedigenden Lösungen, insbesondere wenn Drogen- oder Alko-

halkonsum als Lösung zur Problembewältigung gewählt wird. Ohne Frage sind Patienten, die sich auf Drogen oder Alkohol als Strategie zur Bewältigung von situativen und emotionalen Problemen stützen, einem höheren Risiko fortgesetzten Substanzmißbrauchs bzw. einem höheren Rückfallrisiko nach einer Behandlung ausgesetzt. Besonders häufig kommt es bei Substanzmißbrauchern zu Rückfällen, wenn es ihnen an den Problemlösefähigkeiten ermangelt, die sie bräuchten, um mit Belastungen fertig zu werden wie in Beschäftigungsverhältnissen mit niedrigem Ansehen zu arbeiten, spezifische Situationen in der «nichtabhängigen Welt» (z. B. Kollegen, die nach Feierabend Alkohol konsumieren) zu überstehen und die Anstrengung aufzubringen, die es kostet, die in der Therapie erzielten Fortschritte zu halten (vgl. Platt & Metzger, 1987).

Eine vielversprechende Interventionsstrategie besteht darin, substanzmißbrauchenden PTBS-Patienten flexible, praktische und relevante Fähigkeiten zur Lösung von Problemen zu vermitteln, die im Zusammenhang sowohl mit der PTBS als auch mit dem Substanzmißbrauch auftreten. Die Absicht einer Problemlöse-therapie ist es, Patienten zu einem zielführenden Herangehen an das Lösen von Problemen zu verhelfen und dadurch ihre wahrgenommen Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*) zu erhöhen und die Wahrscheinlichkeit von Alkohol- oder Drogenkonsum zu verringern. Der allgemeine Ansatz, der den meisten problemlöseorientierten Therapieformen zugrunde liegt, besteht in der Vermittlung eines mehrere Schritte umfassenden Vorgehens bei der Lösung problematischer Lebenssituationen (D'Zurilla, 1986; Goldfried & Davidson, 1976; Nezu, Nezu & Perri, 1989; Platt, Taube, Metzger & Duome, 1988; Spivak, Platt & Shure, 1976). Die meisten Interventionen setzen sich aus mehreren unabhängigen Basiskomponenten zusammen, zu denen in der Regel die folgenden gehören: (a) Einnahme einer lösungsorientierten Haltung, (b) genaue Definition der Problemlage, (c) Generierung verschiedener Lösungsmöglichkeiten, (d) Entscheidungsfindung und (e) Umsetzung und Erfolgskontrolle.

Wir empfehlen, in der Handlungsphase I jeder der Hauptkomponenten des Problemlöseprozesses (Lösungsorientierung, Problemdefinition, Generierung von Lösungsmöglichkeiten, Entscheidungsfindung und Umsetzung) mindestens eine Behandlungssitzung zu widmen. Meistens wird in den ersten Sitzungen ein beträchtliches Ausmaß an Unterweisung und Training vonnöten sein, und oft wird es in ihnen allein um die Vermittlung grundlegender Problemlösefähigkeiten gehen. Bei einigen Patienten wird der Lernprozeß relativ wenig Zeit in Anspruch nehmen, so daß in den späteren Sitzungen die Aufrechterhaltung und Generalisierung der erworbenen Fähigkeiten ganz im Vordergrund stehen. Bei diesen Patien-

ten reicht es aus, einen geringen Teil der Sitzungen auf die Aufrechterhaltung von Problemlösefähigkeiten zu verwenden (z. B. 10 bis 15 Minuten). Zur Durchführung der Problemlöse-therapie empfiehlt sich der Einsatz von bewährten Methoden wie Instruktion, Prompting, Modellernen, Übung, Hausaufgaben, Shaping, Verstärkung und Rückmeldung.

In der ersten Sitzung des Problemlösetrainings sollte es vornehmlich darum gehen, dem Patienten das Grundprinzip und die Relevanz jeder der fünf wichtigsten Schritte zur Problemlösung für die PTBS, den Substanzmißbrauch und weitere spezielle Problembereiche zu verdeutlichen. Eine klare Darstellung von Absicht und Zielen des Problemlösetrainings sollte erfolgen, bevor mit dem Training begonnen wird, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, daß Patient und Behandler aus einem gemeinsamen Verständnis des therapeutischen Vorgehens heraus handeln.

Es folgt ein Beispiel für die Darstellung des Grundprinzips eines Problemlösetrainings für substanzmißbrauchende PTBS-Patienten nach dem Vorbild von Nezu et al. (1989).

Ein anderer empfehlenswerter Behandlungsansatz ist das Problemlösetraining. Außer daß sie mit den nervraubenden PTBS-Symptomen wie belastenden und ungewollten Gedanken an schlimme Ereignisse zurecht kommen müssen, haben Menschen, die an einer PTBS leiden, häufig noch zahlreiche andere Probleme, mit denen sie irgendwie fertig werden müssen. Zu diesen zählen oft ernsthafte Schwierigkeiten mit Angehörigen und Freunden, schwerwiegende berufliche und finanzielle Probleme, rechtliche Schwierigkeiten, Alkohol- und Drogenprobleme sowie weitere psychische Probleme wie Depressionen. Der Problemlöseansatz beruht auf der Überlegung, daß manche Menschen besonders der Versuchung eines übermäßigen Alkoholkonsums ausgesetzt sind, wenn sie glauben, nicht mit den PTBS-Symptomen und anderen damit zusammenhängenden Problemen fertig zu werden. Natürlich gibt es viele verschiedene Gründe, warum man mit seinen Problemen manchmal nur schwer fertig wird. Manchmal sind die PTBS-Symptome und andere Probleme so schlimm, daß die Betroffenen von ihnen überwältigt werden und meinen, nichts an ihnen ändern zu können. Manchmal kommt man über ein spezielles Problem nicht hinweg und weiß nicht, wie man damit umgehen soll, weil man nie gelernt hat, Probleme effektiv zu lösen. Natürlich hat das, was wir denken und tun, wenn wir mit einem Problem konfrontiert werden, einen großen Einfluß darauf, wie effektiv wir damit umgehen und ob wir es aus der Welt schaffen können. Effektives Problemlösen setzt sich aus mehreren Bestandteilen zusammen, die wahrscheinlich hilfreich zur Überwindung von Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einer PTBS sind. Wir werden uns auf fünf Hauptbestandteile des Problemlösens konzentrieren: unserer Einstellung zu Problemen, die mit der PTBS in Zusammenhang stehen; wie wir diese Probleme definieren; wie

wir zu Lösungen kommen; wie wir Entscheidungen darüber treffen, was zur Lösung eines Problems zu tun ist; und wie wir bei der Umsetzung der Lösung vorgehen und bestimmen, wie gut es funktioniert hat.

*Einüben einer Problemlöseorientierung.* In diesem ersten Stadium konzentriert sich der Kliniker darauf, den Patienten in die Lage zu versetzen, einen lösungsorientierten Bewältigungsstil anzunehmen, wenn er mit einem Problem konfrontiert wird. Es ist wichtig, diesen Schritt genau zu erklären, da substanzmißbrauchende PTBS-Patienten dazu neigen, impulsiv auf Probleme zu reagieren. Nezu et al. (1989) zufolge sollte das Training in diesem Stadium darauf ausgerichtet sein, die Patienten zu einer rationalen Sichtweise von Problemen im Leben zu bewegen und ihnen zu helfen, Problemlösung als Mittel zur effektiven Bewältigung zu sehen. Zu einer positiven und realistischen Haltung gegenüber Problemen gehören: (a) Akzeptanz von Problemen als zum Leben dazugehörig; (b) Vertrauen in die eigene Fähigkeit, Probleme erfolgreich zu lösen; (c) Wertung negativer Emotionen als Hinweis auf das Bestehen von Problemen; (d) Hemmung der Tendenz, automatisch oder impulsiv zu reagieren, und Entwicklung der Fähigkeit, Dinge gründlich zu durchdenken; sowie (e) Anerkennung der Tatsache, daß die Lösung von Problemen häufig eines beträchtlichen Aufwands an Zeit und Mühe bedarf.

Viele Personen, die eine PTBS haben und Substanzmißbrauch betreiben und deren reflexhafte Reaktionen auf Probleme auf eine hohe Ängstlichkeit zurückgehen, profitieren möglicherweise von einem Training in selbstkontrollierten Beruhigungsstrategien. Unserer eigenen Erfahrung zufolge ist für substanzmißbrauchende PTBS-Patienten, die aufgrund von überwältigenden Ängsten schlecht in Ruhe nachdenken können, ein Entspannungstraining hilfreich, das progressive Muskeln- und -entspannungsprozeduren und stimuluskontrollierte (*cue-controlled*) Strategien einsetzt (z. B. Bernstein & Borkovec, 1973; Fairbank, Gross & Keane, 1983). Die zugrundeliegende Annahme ist, daß der Patient, sobald er einmal in der Lage ist, sich zu beruhigen und «ungebändigte» Gedanken, Ängste und Erregung unter Kontrolle zu bringen, beginnen kann, Fragen logisch und sorgfältig zu durchdenken. Ein Beispiel für eine Entspannungsanleitung findet sich in dem vorangehenden Kapitel von Olasov Rothbaum und Foa.

*Training im Definieren von Problemen und Setzen von Zielen.* Auf dieser Stufe sollte der Patient bei der Entwicklung von Fähigkeiten unterstützt

werden, die ihn in die Lage versetzen, sich das vorliegende Problem begreiflich zu machen. Nicht selten bringen substanzmißbrauchende PTBS-Patienten unbestimmte, vage oder sehr allgemeine Beschwerden vor (z. B. «Ich bin mit den Nerven am Ende und brauche Hilfe» oder «Meine Alte treibt mich noch zum Wahnsinn»). Das übergeordnete Ziel in dieser Phase des Problemlösetrainings ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, seine Probleme selbst so zu definieren und zu formulieren, daß weitere Schritte möglich werden. Nach Nezu et al. (1989) kann dies dadurch erreicht werden, daß der Patient lernt, (a) alle verfügbaren Fakten und Informationen über die Situation zusammenzutragen, (b) die Tatsachen auf klare und unzweideutige Weise zu beschreiben, (c) diejenigen Faktoren zu identifizieren, durch die die Situation überhaupt zum Problem wird, (d) zwischen relevanten und irrelevanten Informationen sowie zwischen objektiven Tatsachen und unbewiesenen Annahmen und Interpretationen zu unterscheiden und (e) sich realistische Ziele zu setzen.

Einer Empfehlung von D'Zurilla (1986) folgend, wird diese Aufgabe durch die Formulierung von Wer-, Was-, Wann-, Wo-, Warum- und Wie-Fragen zu jedem Problem erleichtert. Wer ist beteiligt? Was passiert (oder passiert nicht), das Sie stört? Wo passiert es? Warum passiert es (d. h., welche Ursachen oder Gründe sind bekannt)? Wie reagieren Sie auf die Situation (d. h. mit welchen Handlungen, Gedanken und Gefühlen)?

Es folgt die gekürzte Wiedergabe eines Sitzungsabschnitts, bei dem es um die Definition und Formulierung des Problems ging.

*Therapeut:* Erzählen Sie mir doch bitte noch einmal, was passierte, als die Schwester Ihnen heute Ihre Medikamente gab.

*Patient:* Sie war unverschämt zu mir. Sie hat mir die Medis einfach so hinge knallt. Ich sag' Ihnen, die kann mich nicht ausstehen.

*Therapeut:* Die Schwester hat Ihnen also gesagt, daß sie Sie nicht ausstehen kann.

*Patient:* Nein, gesagt hat sie das nicht. Das war gar nicht nötig. Wie sie mir die Sachen hinge knallt hat, das war deutlich genug. Ich könnte ausflippen. Sie hat mich nicht wie einen Hund zu behandeln. Das ist eine Unverschämtheit.

*Therapeut:* Beschreiben Sie bitte einmal, wie es heute morgen auf der Station aussah.

*Patient:* Na, wie immer, es war viel los. Es waren aber mehr Leute als sonst in der Schlange. Und die blöde Schwester war allein im Dienst.

*Therapeut:* Beschreiben Sie genau, was passierte, als Sie Ihre Medikamente bekamen. Gehen Sie mir eine kurze, klare und exakte Beschreibung

des Ereignisses an sich, so wie wir es besprochen haben, und lassen Sie die Interpretationen weg.

*Patient:* Nach 20 Minuten Warten stand ich endlich vorne in der Schlange. Sie gab mir die Medis und befahl mir, sie schnell zu nehmen.

*Therapeut:* Sie hat es Ihnen befohlen? Was genau hat sie gesagt?

*Patient:* Dave, los, runter mit dem Zeug, wir haben viel zu tun heute (*Patient lacht*).

In diesem Dialogbeispiel wurde u. a. aus der ersten emotionalen, überspitzten Beschreibung einer problematischen Interaktion eine kurze Beschreibung des Ereignisses selbst ohne Spekulationen über verborgene Absichten erarbeitet. Häufig wählen Therapeuten für ein erstes Training in «Problemdefinition» beispielhaft Probleme aus, die für den Patienten von relativ geringer Bedeutung sind. Sobald erkennbar ist, daß der Patient geringfügige Probleme genau definieren kann, wird zur objektiven Definition schwerwiegenderer Probleme übergegangen.

*Training im Generieren von Lösungsmöglichkeiten.* Hierbei lernt der Patient vom Therapeuten, mit Hilfe von Brainstormingtechniken eine Reihe möglicher Lösungen für ein Problem zu erzeugen. Im folgenden Abschnitt stellen Nezu et al. (1989) auf äußerst überzeugende Weise dar, warum dieser Prozeß für effektives Problemlösen so wichtig ist.

Patienten beizubringen, eine Reihe verschiedener Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln, beruht auf der Annahme, daß bei Verfügbarkeit einer großen Anzahl an Handlungsalternativen die Chance größer ist, letztendlich eine effektive Lösung zu finden. Oft gehen Patienten davon aus, daß es *die* eine richtige Antwort für jedes Problem gibt und daß sie diese durch die Therapie oder den Therapeuten finden werden. Zudem glauben Patienten manchmal, daß auf der Suche nach der richtigen Lösung für ein Problem der erste Gedanke, der ihnen in den Sinn kommt, schon der beste ist. Daher muß der Therapeut, um die Effektivität von Problemlösebemühungen zu maximieren, dem Patienten die Notwendigkeit nahebringen, so viele verschiedene Optionen wie möglich zu generieren. (S. 180)

Die zwei zentralen Aspekte des Brainstorming – möglichst viele Ideen hervorzubringen und Bewertungen fürs erste zurückzustellen – legen die Formulierung folgender Regeln nahe: Laß dir erstens soviel einfallen wie möglich, und übe zweitens in diesem Stadium der Problemlösung keine Kritik an den Ideen. In diesem Kontext ist anzumerken, daß substanzmißbrauchende PTBS-Patienten häufig darüber klagen, kein Brainstorming

machen zu können, weil sie sich nicht vorstellen könnten, daß es andere Lösungen für ihre Probleme gäbe. Therapeuten sollten ausdauernd, hartnäckig und geduldig auf Versuche reagieren, diesen zentralen Aspekt des Problemlösens zu umgehen. Auch sei davor gewarnt, häufig vorgebrachte Einwände zu akzeptieren wie: «Ich komme auf keine andere Lösung für dieses Problem. Wenn ich eine wüßte, säße ich nicht hier.» Der Therapeut sollte auf keinen Fall akzeptieren, daß der Patient auf seiner Hilflosigkeit bezüglich der Generierung von Lösungsmöglichkeit besteht.

Patienten mit PTBS und einer Abhängigkeitsproblematik fällt es oft auch schwer, Lösungsmöglichkeiten zu generieren, ohne sie sofort zu bewerten und zurückzuweisen. Durch wiederholtes Üben und Verstärken versetzt der Therapeut den Patienten in die Lage, eine möglichst komplette Sammlung von Lösungsalternativen zusammenzustellen und dann erst zum nächsten Stadium des Problemlösens, der Entscheidungsfindung, überzugehen.

*Training im Treffen von Entscheidungen.* Auf dieser Stufe lernt der Patient, vorherzusagen, welche Lösungsalternativen es wert sind, umgesetzt zu werden, und dann zur Tat zu schreiten. Der Therapeut bespricht jede mögliche Lösung mit dem Patienten und ermutigt ihn, die wahrscheinlichen lang- und kurzfristigen Konsequenzen einer jeden Alternative abzuschätzen. Zusätzlich sollte der Patient angehalten werden, jede dieser Konsequenzen auf ihren Nutzen für eine Lösung der Problemsituation hin zu beurteilen.

Wenn es Patienten schwerfällt, zwischen den Alternativen auszuwählen, hilft es nach Resick und Jordan (1988) oftmals, sie die positiven und negativen Konsequenzen mit Gewichten (z. B. Punktwerten) versehen zu lassen, um ihre relative Wichtigkeit abzuschätzen. So könnten beispielsweise positive Konsequenzen Werte zwischen 1 und 100 Punkten und negative Konsequenzen Werte zwischen -1 und -100 Punkten bekommen. Eine bestimmte Alternative hat dann manchmal zwar mehr positive Konsequenzen, ist aber gleichzeitig mit mehr Nachteilen verbunden, während eine andere Alternative weniger Nachteile und gewichtigere Vorteile nach sich zieht. Es ist zwar unwahrscheinlich, daß der Patient seine Entscheidung letztlich von den Punktsummen abhängig macht, schon der Prozeß kann ihm jedoch zu der Erkenntnis verhelfen, welche Faktoren bei der Entscheidung über sein Vorgehen die wichtigsten sind.

*Training im Umsetzen von Lösungen und Bewerten ihrer Effektivität.* In diesem Stadium wird der Patient ermutigt, die ausgewählte Handlung um-

zusetzen. Manche Patienten benötigen auf dieser Stufe des Problemlöse- trainings wahrscheinlich ein beträchtliches Ausmaß an Zuspruch und Motivierung, da viele der Männer und Frauen, die wegen PTBS und Substanzmißbrauch in Behandlung sind, bislang Vermeidung als wichtigste Copingstrategie einsetzen. Der Therapeut hält den Patienten an, die Konsequenzen seiner Handlungen und der Handlungen des Therapeuten oder anderer, die als problemlösende Rollenmodelle fungieren, zu beobachten. Wichtig ist auch, den Patienten darin anzuleiten, die tatsächlichen Folgen der Lösung mit den erwarteten oder vorhergesagten zu vergleichen. Wenn der Vergleich ergibt, daß das Ergebnis als zufriedenstellend bewertet werden kann, ist der Problemlöseprozeß abgeschlossen. Wenn nicht, sollte der Patient zum zweiten Schritt zurückkehren – zur Problemdefinition.

Dieser Ansatz basiert auf der Annahme, daß Problemlösen eine Fähigkeit ist, die substanzmißbrauchende PTBS-Patienten erlernen können, um mit ihrer Hilfe eine Vielfalt von Problemsituationen effektiv zu bewältigen. Ob es darum geht, einen Konflikt mit seinem Arbeitgeber zu lösen, Wutausbrüche gegenüber Angehörigen unter Kontrolle zu bringen oder zum Drogenkonsum animierende Orte und Personen zu vermeiden – das Ziel ist es, dem Patienten praktische und flexible Problemlösefähigkeiten zu vermitteln. Als Intervention bei PTBS und Substanzmißbrauch führt das Problemlösetraining zum Aufbau neuer adaptiverer Verhaltensweisen für den Umgang mit PTBS-Symptomen, die andernfalls Alkohol- und Drogenkonsum oder Rückfälle auslösen können.

### Rückfallpräventionstraining (RPT)

Eines der umfassendsten Suchtbehandlungsmodelle auf der Grundlage von Konstrukten der sozialen Lerntheorie, insbesondere Banduras Selbstwirksamkeitskonzept, wurde von Marlatt und seinen Mitarbeitern entwickelt (Marlatt & Gordon, 1985). Marlatts Modell geht davon aus, daß Sucht eine Gewohnheit ist, die durch aktive verhaltenstherapeutische und kognitive Methoden verändert werden kann. Zentraler Punkt seiner theoretischen Überlegungen ist jedoch, daß ohne ein wachsendes Gefühl der Selbstkontrolle über die Gewohnheit das Risiko, wieder mit dem Konsum der Substanz zu beginnen, hoch ist. Dies ergibt sich aus den hohen, von bestimmten Behandlungsstrategien unabhängigen Rückfallquoten nach Suchttherapien.

Marlatt und Gordon (1980) befaßten sich mit der bis dahin weitgehend unbeachtet gebliebenen Aufrechterhaltung von Abstinenz, indem sie eine

gründliche Analyse des Rückfallprozesses vornahmen. Am Anfang stehen die vom Ex-Abhängigen erwartete unmittelbare positive Wirkung eines Suchtmittelkonsums, die tatsächlichen anfänglichen verstärkenden Empfindungen beim Konsum sowie die situativ-sozialen Bedingungen, die zu einem «Ausrutscher» animieren (Risikosituation). Darauf folgt der von Marlatt so bezeichnete Abstinenzverletzungseffekt (*abstinence violation effect, AVE*) – ein kognitiver Prozeß, durch den sich die Wahrscheinlichkeit eines vollständigen Rückfalls weiter erhöht. Schuldgefühle sind ein zentraler Aspekt des AVE («Ich habe etwas Verbotenes getan») sowie eine negative globale Selbstattribution im Dienst der Reduktion kognitiver Dissonanz («Wenn ich das Glas genommen habe, muß ich schwach sein. Klar, ich bin eben ein Säufer») (Curry, Marlatt & Gordon, 1987). Nach Marlatt ist das Konstrukt der Selbstwirksamkeit – des Vertrauens in die eigene Fähigkeit, ein bestimmtes Verhalten auszuführen (in diesem Fall, dem Verlangen zu widerstehen) – ein Prädiktor für Abstinenz und Standfestigkeit in Risikosituationen.

Das Rückfallpräventionsmodell ist ein theoretischer Rahmen zur Erklärung der Fähigkeit oder Unfähigkeit von PTBS-Patienten mit Alkoholproblemen, mit schwierigen Situationen fertig zu werden. Drei Bereiche sind, wie immer wieder in der klinischen Arbeit zu beobachten ist, von besonderer Bedeutung für diese Patientengruppe:

1. PTBS-Opfer sind Risikosituationen in großer Zahl ausgesetzt. Neben emotionalen Verfassungen, die denen in der traumatisierenden Situation ähnlich sind (z. B. Verlusterleben, Schuldgefühle, Enttäuschung, Verwirrung), sind auch die eigentlichen PTBS-Symptome (wie aufdringliche Gedanken, Schlaflosigkeit, soziale Vermeidung) Reize (*cues*), die mit einem hohen Rückfallpotential verbunden sind.

2. Häufig schreiben sich die Patienten global eine geringe Selbstwirksamkeit zu, was dazu führt, daß sie in Risikosituationen nur wenig Widerstand aufbringen.

3. Der PTBS-Patient hat relativ schwerwiegende Selbstattributionen, was die Folgen eines Versagens betrifft. Beispielsweise lernt der Soldat in seiner militärischen Ausbildung, daß jeder Fehler tödlich sein kann; kommt aufgrund eines Fehlers tatsächlich jemand ums Leben, läßt das diese Überzeugung oder Erwartung nur noch stärker werden. Der AVE scheint bei traumatisierten Patienten besonders stark zu sein.

In einer kontrollierten Studie von Abueg et al. (1989) wurde die Effektivität eines Rückfallpräventionstrainings als Ergänzung einer umfassenden stationären PTBS-Behandlung untersucht. Zweiundvierzig gründlich diagnostizierte Alkoholiker mit PTBS erhielten ein RPT in Form ei-

ner 12 Sitzungen umfassenden, auf die besonderen Erfordernisse der Patienten abgestimmten Behandlung; weitere 42 Patienten erhielten diese zusätzliche Intervention nicht. Zum Zeitpunkt einer Nachfolgeuntersuchung sechs Monate später hatten 63 Prozent der Experimentalgruppe (mit RPT) nicht wieder getrunken, in der Kontrollgruppe lag die Abstinenzquote demgegenüber bei 41 Prozent. Somit erwies sich das modifizierte RPT als erfolgreiche Methode zur Vorbeugung von Rückfällen. Bei den Nachfolgeuntersuchungen 9 Monate nach Behandlungsende war der Unterschied zwischen den Gruppen nicht mehr so groß (44 Prozent der Experimental- versus 38 Prozent der Kontrollgruppe waren noch abstinent), jedoch zeigte sich bei der behandelten Gruppe ein signifikant geringeres Ausmaß der Rückfälligkeit, gemessen anhand der Angaben über die konsumierten Alkoholmengen.

*Modifiziertes Rückfallverhinderungstraining für substanzmißbrauchende PTBS-Patienten.* Aus der Komorbidität von PTBS und Alkoholismus und der Tatsache, daß die Risikosituationen oder Auslöser für Trinkverhalten Generalisationen oder Repräsentationen traumatischer Erfahrungen darstellen, ergibt sich, daß der Patient sich seines besonderen Risikoprofils bewußt werden muß, damit die Therapie Aussicht auf Erfolg haben kann. Zur Identifikation und Ergründung dieser Risiko- oder Traumaerfahrungen eignen sich oftmals am besten speziell für diesen Zweck eingerichtete Gruppen (z. B. sog. «Traumafokusgruppen»). Im hier beschriebenen Programm werden die Rückfallpräventionsgruppen entweder parallel zur Traumagruppe oder zur DTE-Behandlung oder im Anschluß daran durchgeführt; diese Abfolge ermöglicht die frühzeitige Identifizierung individueller Risikobereiche. Die Traumaaarbeit ist Grundlage der Rückfallpräventionsgruppen und wird in diesen dadurch fortgesetzt, daß für jeden Teilnehmer sein persönlicher «Weg in den Rückfall» gründlich durchleuchtet wird. Dieses Wissen über sich selbst, das der Patient bei der Arbeit mit traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit gewinnt, stellt für ihn einen wichtigen ersten Schritt für die Rückfallverhinderung dar.

Das modifizierte Rückfallpräventionstraining erstreckt sich über acht bis zwölf Sitzungen. In Übereinstimmung mit dem sozial-lerntheoretischen Modell enthalten die Sitzungen didaktische und mit Rollenspielen und Imaginationsübungen auch Erfahrungskomponenten als primäre Lernmethoden. Während der Intervention und nach deren Beendigung werden fortlaufend diagnostische Prozeß- und Erfolgsmaße erhoben. Für die rückfallpräventive Behandlung speziell von Vietnamveteranen mit der Dop-

peldiagnose PTBS und Substanzmißbrauch ist ein Therapiemanual erhältlich (Abueg & Krieglner, 1988).

Zu Beginn der ersten Sitzung werden einige Informationen über Absicht, Ziele und Methoden der Gruppe gegeben, darauf folgt eine Exploration der Erwartungen der Teilnehmer sowohl hinsichtlich des Trinkens als auch ihres Versagens (d. h. der persönlichen Rückfallattributionen und -definitionen). Erneut werden in einer didaktischen Phase die lang- und kurzfristigen Folgen des Alkoholkonsums dargestellt. In den Sitzungen 2 und 3 erfolgt dann eine erste Erfassung der potentiellen Risikosituationen eines jeden Teilnehmers auf der Grundlage seiner Vergangenheit und seiner eigenen Erwartungen. Dies wird erreicht durch ein Gruppengespräch über traumabezogene Themen und Erfahrungen aus der Vergangenheit, einer Vorstellungübung zu ihrem ersten «Versagen», einem Gespräch über diese Erfahrungen und ihre emotionalen Reaktionen darauf sowie durch schriftliche Aufgaben. Der *Annis Situational Confidence Questionnaire* (SCQ-39; Annis, 1985) eignet sich besonders gut als Ausgangspunkt für die Identifizierung einzelner Bereiche, in denen die eigene Fähigkeit, sich dem Verlangen zu trinken widerzusetzen zu können, niedrig eingeschätzt wird, also eine geringe Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*) besteht.

Auf der Grundlage der in diesen Sitzungen gesammelten Informationen wird für jeden Teilnehmer ein «Risikoprofil» erstellt, und es werden mögliche «Wege in den Rückfall» aufgezeichnet. In der nächsten Sitzung steht der Aufbau von Stimuluskontrollstrategien im Vordergrund – d. h. von Fähigkeiten, die bei der Reduktion von Gelegenheiten, Alkohol zu trinken, helfen. Hierzu zählen der Aufbau neuer oder anderer sozialer Netzwerke und kognitive Techniken für den Umgang mit negativen Emotionen oder den vorher identifizierten persönlichen Risikosituationen. Ausgiebige Rollenspiele sowie Entspannungs- und Visualisierungs- bzw. Imaginations-techniken kommen in dieser Sitzung zum Einsatz.

In den Sitzungen 5 und 6 geht es dann um den fortgesetzten problemlösenden Umgang mit Risikosituationen im Alltag. Bei diesen Sitzungen wird besonderer Wert auf Stimuluskontroll- und kognitive Techniken einschließlich Problemlösung und Gedankenstopp gelegt. Zwei Sitzungen werden dann einer weiteren Technik gewidmet, die auf der oben erwähnten Literatur über die Bedeutung von Cues fußt, wonach von einer Reduktion der durch alkohol- oder drogenbezogene Cues ausgelösten psychophysiologischen und kognitiven Impulse eine Senkung des Rückfallrisikos zu erwarten ist. Subjektiven Angaben zufolge ist dies vielleicht der wichtigste Aspekt des modifizierten Rückfallprogramms für Alkoholiker mit einer PTBS.

Die Patienten werden gebeten, sich die Rückfallszene bis zu dem Punkt bildlich vorzustellen, an dem sie Alkohol oder Drogen konsumieren, ohne jedoch den Konsum geschehen zu lassen. Nachdem für jeden Patienten zwei Szenen gefunden wurden, wird mit Hilfe einer positiven Copingvorstellung «der Spieß umgedreht»; damit werden alternative Copingreaktionen gestärkt. Diese Szenen sind oftmals sehr bezeichnend und stellen ein gutes Ausgangsmaterial für die Kernthemen dar, die in späteren Rollenspielen zum Ablehnen angebotener Getränke oder in Problemlöseübungen bearbeitet werden können.

Die beiden folgenden Sitzungen sind dem Ablehnen angebotener Getränke gewidmet. Zum Einsatz kommen dabei Visualisierungstechniken, bei denen sich die Gruppenteilnehmer eine tatsächliche Risikosituation mitsamt der damit verbundenen Gefühle, Empfindungen und dem möglichen Trinkverlangen vorstellen. Sie werden dann gefragt, wie sie reagieren würden, wenn sie im Kontext dieser Situation Alkohol angeboten bekämen, und es wird über die Erfolgsaussichten der verschiedenen Reaktionen diskutiert und nach Alternativen gesucht. Drei verschiedene Arten, ein Getränk abzulehnen, werden beleuchtet: aggressiv, selbstbewußt und passiv – und es werden die möglichen negativen Konsequenzen der ersten und der letzten besprochen. Sobald jeder Teilnehmer eine selbstbewußte Strategie entworfen hat, die seiner Situation angemessen ist, wird die gesamte Sequenz (sich in eine Risikosituation begeben, Alkohol angeboten zu bekommen und selbstbewußt abzulehnen) im Rollenspiel durchgespielt. In der folgenden Sitzung wird das Training im Ablehnen von Getränken fortgesetzt, allerdings unter Einbeziehung von In-vivo-Konfrontationen mit realen Trinkstimuli. Das heißt, die Patienten sollen die Situation, die sie sich vorgestellt hatten, im Rollenspiel in Szene setzen und dabei tatsächlich ihr Lieblingsgetränk ablehnen.

In der folgenden Sitzung werden die Patienten auf die Bewältigung eines Rückfalls vorbereitet, indem der «Abstinenzverletzungseffekt» (AVE) besprochen wird, d. h. die Reaktion darauf, nach einer Zeit der Enthaltung zum ersten Mal wieder etwas getrunken zu haben. Im Vordergrund steht dabei die Bewältigung der Schuldgefühle, die durch das Trinken entstehen, und die Beschäftigung mit möglichen ungünstigen Attributionen oder Etikettierungen. Wenn die Patienten ihr Verhalten globalen, internalen und stabilen Ursachen zuschreiben (z. B. «Siehste, ich bin halt ein Säufer, Ich krieg' einfach nichts hin. Ich kann genausogut weitertrinken, es ist ja doch hoffnungslos», etc.), dann ist der AVE stärker und damit auch das Risiko eines vollen Rückfalls größer. Falls Patienten dagegen in der Lage sind, spezifische, externale und variable Attributionen zu finden (z. B.

indem sie die mit einem besonderen Risiko verbundenen situativen oder affektiven Bedingungen ihres Verhaltens identifizieren) und Copingstrategien zu entwickeln, um Einfluß auf ihr zukünftiges Verhalten zu nehmen, kann ein Rückfall eher eine erhellende als eine frustrierende Erfahrung sein und das Gefühl der Selbstwirksamkeit wiederhergestellt oder aufrechterhalten werden. Die letzten zwei bis drei Sitzungen sind dem Aufbau eines Systems zur gegenseitigen Unterstützung («buddy system»), der abschließenden Bewertung der erworbenen Fähigkeiten und der Vereinbarung von Nachfolgeuntersuchungen gewidmet.

## Zusammenfassung und Ausblick

In den zurückliegenden Jahren haben wir viel über die Komplexität der PTBS gelernt. Eine der gewonnenen Erkenntnisse betrifft die Tatsache, daß chronische PTBS häufig mit einem Substanzmißbrauch einhergeht. Leider lehrt die klinische Erfahrung, daß die Behandlung der Störungskombination PTBS und Substanzmißbrauch besondere Schwierigkeiten und Probleme aufwirft. In diesem Kapitel wurden die theoretische Grundlage und praktische Aspekte eines verhaltenstherapeutischen multidimensionalen Stufenmodells zur Behandlung von substanzmißbrauchenden PTBS-Patienten vorgestellt.

Von Forschung und klinischer Praxis sind noch zahlreiche grundlegende Fragen bezüglich Wirksamkeit und Nutzen der beschriebenen Intervention für die Behandlung substanzmißbrauchender PTBS-Patienten zu beantworten. Zu den vielen wichtigen Fragen, die es zu bearbeiten gilt, gehören die folgenden: (a) Wie wirksam ist dieses Vorgehen, gemessen anhand von Veränderungen der PTBS-Symptomatik, des Alkoholmißbrauchs sowie anderer wichtiger psychosozialer Variablen? (b) Welche Komponenten und Stadien des Modells sind am Behandlungsergebnis beteiligt? (c) Welche Beziehungen gibt es zwischen wichtigen Klientenmerkmalen (z. B. Grad der Beeinträchtigung, Selbstwirksamkeit und Erwartungen an die Behandlung) und dem Therapieerfolg? (d) Welchen Nutzen hat die Intervention in der Behandlung von substanzmißbrauchenden PTBS-Patienten, die Opfer andersartiger traumatischer Ereignisse sind (z. B. von Gewaltverbrechen, sexueller Aggression, Natur- oder anderen Katastrophen), und welche Veränderungen sollten für die Behandlung der verschiedenen Gruppen am Therapieprogramm vorgenommen werden? (e) Wie wirksam ist diese Intervention bei PTBS-Patienten, die Mißbrauch mit einer anderen Substanz als Alkohol betreiben (z. B. mit Heroin oder

Kokain)? (f) Inwieweit ist die Intervention für eine Durchführung in anderen Settings geeignet, z. B. in gemeindenahen, ambulanten Einrichtungen? Zukünftige Fortschritte in der Behandlung von Personen mit PTBS und Substanzmißbrauch werden davon abhängen, ob wir diese und andere Fragen zu den Interventionen beantworten können, die wir zur Behandlung dieser komplexen Komorbidität konzipieren.